

Jussi Salonen

**ENSIHOIDON C-ja D
KIIREELLISYYSLUOKAN TEHTÄVIEN
ASIAKASYMMÄRRYS
Kymenlaakson alueella**

Opinnäytetyö
Palvelumuotoilu YAMK

2020



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Jussi Salonen	Kulttuuri (YAMK)	Helmikuu 2020
Opinnäytetyön nimi Ensihoidon C- ja D kiireellisyysluokan tehtävien asiakasymmärrys Kymenlaakson alueella		67 sivua 7 liitesivua
Toimeksiantaja Kymenlaakson Sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä (Kymsote)		
Ohjaaja Sanna Haapanen		
Tiivistelmä <p>Tämä tutkimus vastaa sosiaali- ja terveystalouden ketterän käytön nousevaan trendiin, sekä asiakkaiden erityispiirteiden huomioimiseen, ensihoitopalvelussa Kymenlaaksossa. Uudenlaisten toimintamallien suunnittelu on tärkeää jatkuvasti nousevien asiakasvirtojen hallitsemiseksi. Lisäksi asiakkaan tarpeita tarkasti huomioivat menetelmät lisäävät asiakastyytyväisyyttä, ja luovat myös talouden hallintamahdollisuuksia. Tällä tarkkuudella tehtyä asiakastutkimusta ensihoidon asiakkaista ei ole aiemmin tehty, ja se lisää työn hyödynnettävyyttä jatkossa.</p> <p>Työssä selvitettiin Kymenlaakson ensihoitopalvelusta, hätäkeskuksen C- ja D kiireellisyysluokan tehtävälajeista ne, joissa alueen ensihoitajat kokevat pääsevänsä heikoiden, asiakkaan ongelman ratkaisevaan lopputulokseen. Tutkimusosuus tehtiin kvantitatiivisella kyselytutkimuksella Kymenlaakson alueen ensihoitajille. Tutkimuksen kvalitatiivinen osuus kohdennettiin haluttuihin asiakasryhmiin kyselytutkimuksen tulosten perusteella. Toinen aineiston keräämisen osista toteutettiin asiakkaita haastatteleamalla sekä havainnoimalla.</p> <p>Kerätty aineisto analysoitiin palvelumuotoilun menetelmiä käyttäen, ja lopputuloksena muodostettiin kolme asiakasprofiilia, jotka kuvaavat järjestelmän tavanomaisia käyttäjiä, työhön rajattujen tehtävien osalta. Ensihoidon asiakaskunta on hyvin moninaista, ja kaikkien erityispiirteiden huomioiminen on erittäin haastavaa. Tämä lisää työn hyödynnettävyyttä, koska sen avulla uudenlaisten palveluiden ja toimintamallien suunnittelu, ja kohdentaminen mahdollisimman suureen osaan asiakkaista on mahdollista. Työn lopputulos on suurelta osin käytettävissä eri ensihoitojärjestelmien, sekä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehitystyön apuna.</p>		
Asiasanat palvelumuotoilu, asiakasymmärrys, ensihoitopalvelu, ensihoito		

Author (authors)	Degree	Time
Jussi Salonen	Master of Culture and Arts	February 2020
Thesis title		67 pages 7 pages of appendices
Customer insight of emergency medical services in Kymenlaakso		
Commissioned by		
Social and healthcare services in Kymenlaakso		
Supervisor		
Haapanen Sanna		
Abstract		
<p>This study brings a fresh viewpoint for the rising trend of flexible use of social and health services and characteristics of the customers of emergency medical services in Kymenlaakso region. Designing new procedures is important in order to manage the increasing number of patients. Procedures that take patients' individual needs into account also add customer satisfaction and create opportunities for financial management. Usability of this work is increased by the fact that no prior studies have been conducted on the subject on a similar scale.</p> <p>The aim of this study was to find out from the the emergency dispatch centers C and D priority dispatches those individual encounters where the customer is not served well enough by the Kymenlaakso emergency medical services in order to bring overall solution for the customer. The study included a quantitative survey for paramedics working in Kymenlaakso area. In the next phase, qualitative interviews were conducted, focusing on those individual groups from which vital customer information was considered important to collect according to the results of the survey. Based on the data gathered by the interviews, the customers formed two customer profile groups. The information gained from this study provides an opportunity to design completely new, easy-access and customer-friendly services.</p> <p>Collected sample was analyzed via service design methods and as a result, three customer profiles were formed, which describe the regular users of the system through the dispatch codes used in this thesis. Customers of the Emergency medical services are very diverse and notification of all special characteristics is extremely challenging. This adds potential of this thesis as it can be used for design of completely new services and protocols and is allocation for majority of customers is possible. Results of this work are, in many cases, utilizable for emergency medical services and social and health care services development.</p>		
Keywords		
service design, customer insight, emergency medical care, first aid		

SISÄLLYS

1. TERMIT JA LYHENTEET.....	6
2. JOHDANTO.....	7
3. TUTKIMUKSEN TAVOITEET JA VIITEKEHYS.....	10
4. ENSIHOITOPALVELU.....	13
4.1 Ensihoitopalvelut Kymenlaaksossa.....	18
4.2 Ensihoitopalvelun tehtävämäärät Suomessa.....	19
4.3 Kymsote ensihoidon tehtävämäärät.....	20
5. HÄTÄKESKUKSEN RISKINARVIO.....	21
5.1 Ensihoidon C- ja D riskiluokat.....	24
5.2 Tutkimukseen sisällytetyt ensihoidon tehtäväkoodit.....	26
6. PALVELUMUOTOILU.....	28
6.1 Muotoiluajattelu.....	30
6.2 Asiakaskokemus.....	31
6.3 Asiakasprofiili.....	32
6.4 Palvelupolku.....	33
7. OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLISET MENETELMÄT.....	34
7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	35
7.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	36
7.2.1 Haastattelumenetelmä.....	37
7.2.2 Havainnointimenetelmä.....	40
8. PROFILOINTI.....	41
8.2 Samankaltaisuuskaavio.....	41
8.3 Asiakasprofiilit.....	43

9. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	45
10.TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	49
11.POHDINTA.....	50

LÄHTEET

KUVALUETTELO

LIITTEET

- Liite 1. Ensihoidon tehtäväluokat
- Liite 2. Kyselytutkimus ensihoitajille
- Liite 3. Suostumus haastattelututkimukseen osallistumisesta
- Liite 4. Kyselytutkimuksen raportti
- Liite 5. Kokemuskaari

1. TERMIT JA LYHENTEET

ERVA

Erityisvastuualue, joiden keskuksena toimii yliopistosairaala. Alueita on yhteensä 5, ja Kymenlaakso kuuluu Helsingin ja uuden maan erityisvastuualueeseen (HYKS ERVA)

HÄKE

Hätäkeskuslaitos, jonka tehtävänä on vastaanottaa ihmisiä, omaisuutta tai ympäristöä koskevia puheluita ja välittää ne asiasta vastaavalle viranomaiselle.

KYMSOTE

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä, joka vastaa koko Kymenlaakson alueen palveluiden järjestämisestä

SHP

Sairaanhoitopiiri, joita on Suomessa 20. Jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin. Tässä työssä termillä tarkoitetaan Kymenlaakson sairaanhoitopiiriä, jonka asiakkaita työ koskee.

2. JOHDANTO

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä (Kymsote), tutkimusprosessi käynnistettiin heidän tarpeestaan, kartoittaa erilaisia mahdollisuuksia järjestää kokonaispalveluita asiakkaille. Tutkimustyön aloittamisen aikana toimin itse järjestelmässä ensihoidon kenttäjohtajana, joka vastaa alueen ensihoitopalveluiden operatiivisen toiminnan järjestämisestä kaikkina vuorokaudenaikoina. Olen tehnyt ensihoitotyötä kokonaisuudessaan lähes 17 vuotta, ja huomioinut ettei järjestelmällä useinkaan ole tarjota asiakkaalle juuri hänen ongelmansa ratkaisevaa palvelua. Asiaan liittyy monia eri elementtejä, mutta yksi niistä on se, ettei palvelun järjestäjällä ole käytettävissä tietoa siitä, millaisia tarpeita tai toiveita loppuasiakkaalla palvelusta on. Suuri osa ensihoitopalvelun tehtävistä olisi mielestäni myös hoidettavissa monenlaisin eri menetelmin, jos niitä kyettäisiin suunnittelemaan juuri asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi olisi kyettävä tuottamaan sellaisia palveluita, jotka ratkaisisivat asiakkaan ongelman kokonaisuudessaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden asiakasmäärät kasvavat jatkuvasti, on suunniteltava uudenlaisia menetelmiä asiakasvirtojen hallitsemiseksi, myöskään jatkuva lisäresursointi ei ole ratkaisu ongelmiin. Terveystieteiden prosessit on suunniteltu palvelun tuottajan näkökulmasta, kyseisessä mallissa asiakkaan tarpeet jäävät vähälle huomiolle, ja lopputuloksena on huono asiakaskokemus. Järjestelmä ei myöskään kykene oppimaan asiakaskontakteista, jolloin prosesseissa kohdatut ja ratkaistut ongelmat eivät johda järjestelmän kehittymiseen. Kyseisessä mallissa ongelmat uusiutuvat ja järjestelmä menettää paljon resursseja, ilman että aikaansaadaan palvelun kehittymistä.

Terveystieteiden kokonaisuutena on lisääntyviä paineita pystyä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin, sekä järjestää resurssit tehokkaasti. Ruotsissa otettiin vuonna 2014 käyttöön potilaslaki, jonka tarkoituksena oli parantaa mahdollisuuksia, jossa asiakas itse ottaisi enemmän vastuuta terveydestään. Lopputuloksena kuitenkin huomattiin, että ilman koko järjestelmän

muuttamista tuotantokeskeisestä asiakaskeskeiseen, ei hyvään lopputulokseen ole mahdollista päästä. (Pfannstiel & Rasche 2019, 2.)

Ensihoidon asiakkaista ei ole käytettävissä asiakaskokemusta riittävän tarkasti huomioivaa tutkimusta. Tutkimustyö osaltaan vastaa tähän tarpeeseen ja tuottaa tarkkaa tietoa, rajatusta osasta ensihoidon asiakkaita. Työ luo myös prosessin, jota on helppo soveltaa ja laajentaa myöhemmin tehtävän asiakastiedon keräämisen. Osa tutkimustyössä tuotetusta tiedosta käytetään tämän opinnäytetyöntyön toteuttamiseen, ja toista osaa voidaan käyttää myöhemmin palvelukokonaisuuksien jatkosuunnittelun pohjana. Työssä tarkastellaan Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän (Kymsote) ensihoidon tehtäviä koko maakunnan alueella. Tällä menetelmällä maantieteellistä vääristymää ei pääse materiaalissa syntymään, ja koko toiminta-alue huomioidaan tasavertaisesti. Tutkimustyöhön rajataan tehtävät, jotka hätäkeskus on riskiarvion perusteella arvioinut C tai D kiireellisyyden tehtäviksi. Riskiarviossa A ja B kiireellisyysluokkien tehtävät ovat hälytystehtäviä, ja niiden aikakriittisyyden takia muiden kuin nykyisten toimintamenetelmien käyttäminen on mielestäni mahdotonta.

Tutkimuksen ulkopuolelle rajataan myös ensihoidon tehtävät, joissa oletetaan olevan niin suuri työturvallisuushaka, ettei työntekijän turvallisuutta kyetä riittävällä varmuudella varmistamaan. Esimerkiksi päihtynyt asiakas, tai hätäpuhelu, jossa riskinarvioon liittyy epäselvyyksiä. Tämä on erittäin tärkeä osa kokonaisuutta, koska kyseisten tehtävien hoitaminen muilla kuin ensihoidon menetelmillä tarkoittaa käytännössä aina, että asiakkaan kohtaa hoitaja yksin.

Kaikista ensihoidon tehtävistä tutkimustyöhön rajataan sellaiset, joissa alueen ensihoitajat kokevat nykyiset menetelmät riittämättömiksi ja ettei asiakkaan tarpeisiin pystytä riittävän hyvin vastaamaan. Tehtävät tullaan myös rajaamaan niin, että ensihoitopalvelu päättyy loppuratkaisuna asiakkaan kuljettamatta-jättämiseen. Tällöin on hoidontarpeenarviolla varmistettu, ettei asiakkaalla ole tarvetta ensihoidon toimesta kuljettamiseen jatkohoitoon. (X-5) Asiakkaan ongelma vaatii kiireettömän käynnin päivystyspisteessä, mutta ei ensihoidon kuljettamista (X-4), kyseisessä tilanteessa asiakas ohjataan

hakeutumaan itse parhaaksi katsomalla tavalla suositeltuun päivystyspisteeseen (esimerkiksi, taxilla, tai omalla autolla).

Asiakas on voinut myös saada hoitoa kohteessa, jonka jälkeen ongelma on lieventynyt tai poistunut kokonaan, eikä akuuttia hoidontarvetta enää ole (esimerkiksi, hypoglykemia-tilanteen korjaaminen glukosiliuoksella). (X-8)

Ensihoidon tehtävien rajausta tehdään kyselytutkimuksella Kymenlaakson alueen ensihoitajille. Menetelmä mahdollistaa riittävän suuren otannan, sekä tuo julki tehtäväkoodit, joissa ensihoitohenkilökunta kokee pääsevänsä heikoiten asiakkaan ongelman ratkaisevaan lopputulokseen. Tutkimuksen kvantitatiivisella osalla saavutetun tiedon avulla, työn seuraavan vaiheen haastattelut ohjataan oikeisiin asiakkaisiin. Ohjaamisessa käytetään apuna hätäkeskuksen hälytyskoodia, tehtävän kiireellisyyttä sekä ensihoitajien kokemaa missä tehtäväkoodeissa päästään heikoiten asiakkaan ongelman ratkaisevaan lopputulokseen, ja päätöstä jättää asiakas kuljettamatta.

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä Kymsote toimii työn tilaajana, ja tuottaa palveluita noin 180 000 asiakkaalle koko Kymenlaaksossa. Kuntayhtymä on vastuussa myös ensihoidon ja kiireellisten palveluiden järjestämisestä, sekä järjestelmään lähetettyjen asiakkaiden hoidosta. Kuntayhtymän palveluksessa työskentelee noin 5500 eri alojen ammattilaista. Ensihoitopalvelut sisältyvät organisaation sairaalapalveluihin. (Kymsote 2019.)

Kymenlaakson maakuntaan kuuluvat Kotka, Kouvola, Hamina, Miehikkälä, Pyhtää sekä Virolahti, ja sen kokonaispinta-ala on n. 5595 km² (Kymenlaaksonliitto 2019). Ensihoidon näkökulmasta Kymenlaakson pinta-ala on laaja väestöpohjaan nähden, lisäksi se on pirstaleinen ja sisältää useita taajamia ja keskusta-alueita, joihin väestö on keskittynyt (kuva 15). Asetelma haastaa ensihoitojärjestelmää asukkaiden saavutettavuuden ja tasavertaisen palveluntarjonnan osalta, koska alueiden väliset etäisyydet ovat hyvin pitkiä ja osaltaan myös vaikeasti saavutettavissa. Kymenlaakson ensihoitojärjestelmä tuottaa palveluita myös Suomenlahden saaristoon, tehtävät hoidetaan yhteistyössä Suomenlahden merivartioston kanssa. (Loikas & Wall 2017, 5-7.)

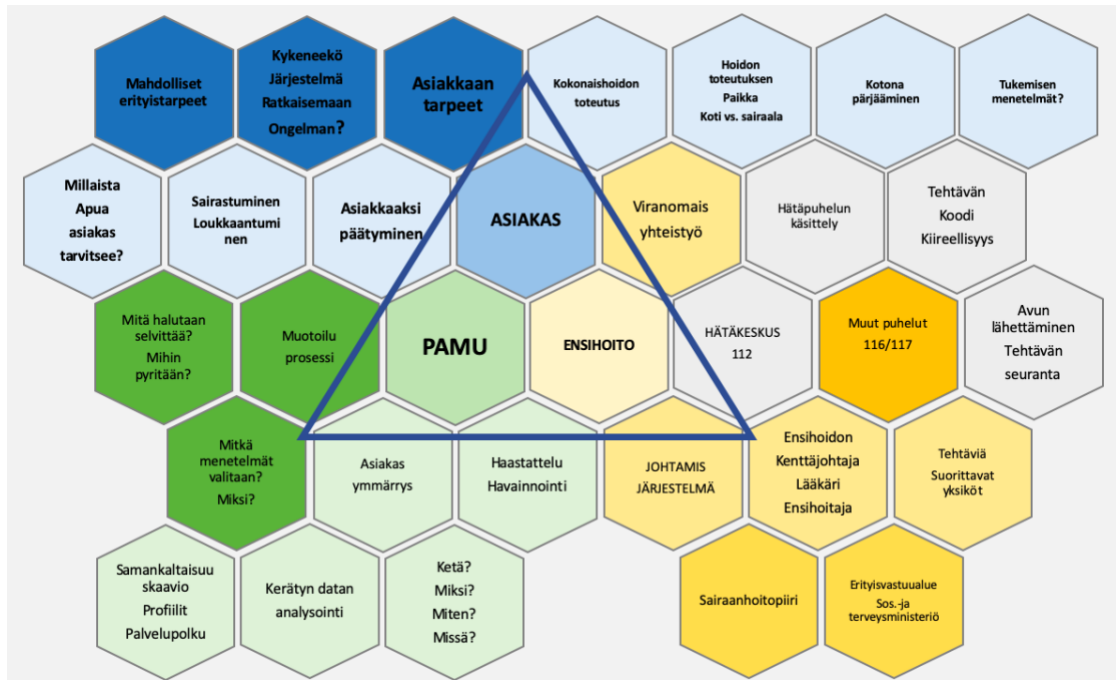
3. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA VIITEKEHYS

Työn kokonaistavoitteena on tuottaa tarkkaa asiakastietoa, rajatusta osasta ensihoidon asiakkaita, sekä profiloida asiakasmassasta palvelun tavanomaiset käyttäjät. Tutkimustieto kerätään asiakkaita haastatteleamalla sekä havainnoimalla, ja niiden runkona käytetään palvelupolkua, joka on jaettu kolmeen osaan mukaillen ensihoitotehtävän normaalia etenemistä. Menetelmäkokonaisuudella saadaan kerättyä palvelun kehittämisen kannalta tarvittavaa riittävän tarkkaa tietoa halutuista asiakassegmenteistä, eri vaiheissa palvelua.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

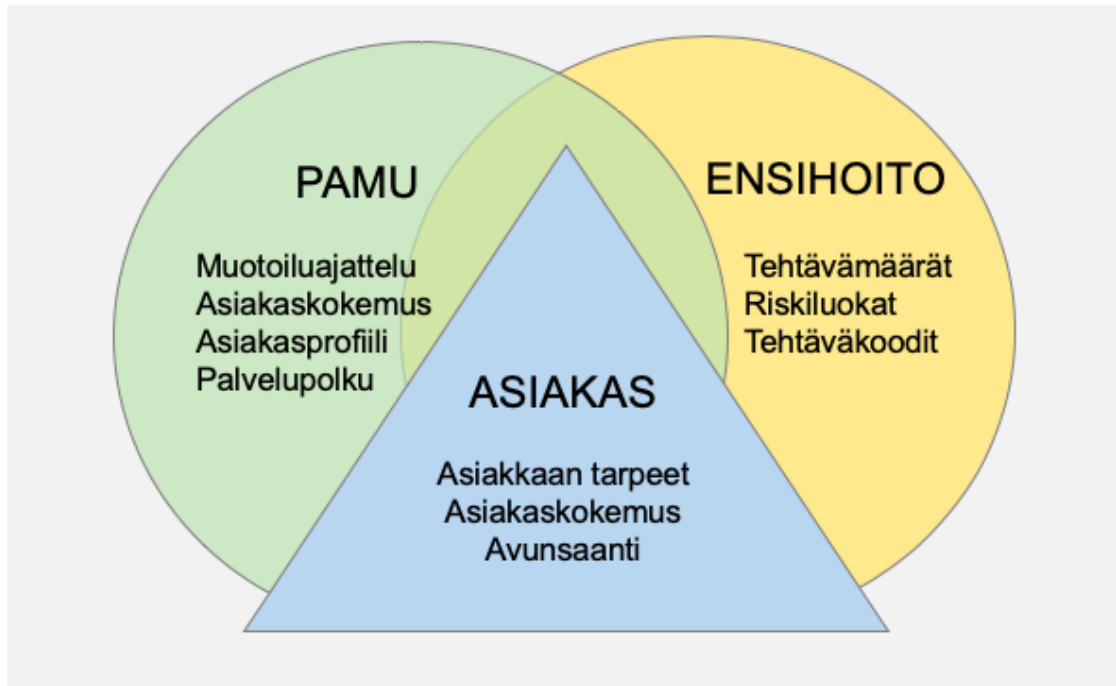
1. Millainen on ensihoidon asiakkaan palvelukokemus nykyisen palvelun käyttäjänä?
2. Millaisia käyttäjäprofiileita tunnistetaan kehittämisen tueksi?
3. Kuinka näiden tiettyjen kiireellisyysluokkien palvelua tulisi kehittää?

Tutkimuksen käsitekartta (kuva 1) rakentuu kolmen kokonaisuuden ympärille, tärkeimpänä on loppuasiakas, joka käyttää palveluita ja keille palveluita pyritään suunnittelemaan. Toisena teemana on ensihoitopalvelut, joiden tulisi olla asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman toimivat, ja ratkaista asiakkaan vallitsevan ongelman, jonka johdosta järjestelmä on aktivoitu. Kolmantena teemana tässä työssä on palvelumuotoilu, joiden menetelmien avulla työ tehdään, menetelmät muuntautuvat hyvin sosiaali- ja terveystieteiden suunnitteluun.



Kuva 1. Tutkimuksen käsitekartta (Salonen 2019)

Terveystenhuollon palvelukokonaisuudet ovat erittäin moniulotteisia, tässä työssä on tehty rajausta niin, että työn kannalta tärkeä tieto saadaan käsiteltyä riittävällä tarkkuudella. Työn teoreettinen viitekehys on tuottaa tarkkaa tietoa rajatusta osasta ensihoidon asiakkaista, palvelun eri vaiheissa. Ensihoidon asiakkaista ei ole käytettävissä tarpeet ja toiveet huomioivaa tutkimustietoa, ja siihen työ osaltaan vastaa. Palvelumuotoilun menetelmät sopivat erittäin hyvin asiakastiedon keräämiseen sekä analysointiin, koska se huomioi asiakkaan näkökulman suhteessa palveluun. Työn lopputulosta voidaan käyttää niin ensihoidon kuin myös muiden terveydenhuollon järjestelmien jatkokehittämisen tukena tulevaisuudessa. (kuva 2)



Kuva 2. Opinnäytetyön viitekehys (Salonen 2019)

Kuvassa on esitetty tutkimuksen viitekehys, työssä kerätään ja analysoidaan asiakastietoa tietyistä ennalta määritetystä osasta ensihoidon asiakkaita. Työ tehdään palvelumuotoilun menetelmiä käyttäen, ja saatua tietoa voidaan käyttää sosiaali- ja terveystieteen palveluiden kehitystyön apuna.

Opinnäytetyön lopputuloksen avulla voidaan luoda ensihoitoon uudenlaisia palvelumalleja, jotka kykenevät huomioimaan asiakkaan tarpeet mahdollisimman hyvin. Tämä helpottaa asiakkaan kulkua kohti juuri hänen ongelmansa ratkaisevaa lopputulosta, ja auttaa ensihoitopalvelua pääsemään hyvään lopputulokseen. Kaikkien osapuolten näkemykset huomioiva järjestelmä selkeyttää palvelua, ja aikaansaa kustannussäästöjä koska asiakkaan ongelma kyetään hoitamaan parhaimmin soveltuvalla menetelmällä.

Työn ensimmäisessä vaiheessa tehtävällä kyselytutkimuksella ensihoitajille selvitetään ensihoitopalvelun tehtävämäärästä sellaiset, joihin tämänhetkiset ensihoidon prosessit eivät ole ensihoitajien kokeman perusteella riittäviä. Tutkimuksessa selvitetyn tiedon pohjalta haastattelututkimus kohdennetaan haasteellisiksi koettuihin tehtäväkoodeihin. Ilman kyselytutkimusta ei pystyttäisi varmistamaan, että haastattelut kohdentuisivat oikeisiin asiakas segmentteihin, ja lopputulos ei kuvaisi haluttua asiakasryhmää.

Työn seuraavassa osassa haastatellaan asiakkaita kyselytutkimuksella selvitetystä asiakasryhmistä. Asiakashaastatteluissa kiinnitetään huomiota haastateltavien tuntemuksiin ja kokemuksiin palvelun eri vaiheissa, sekä siihen millaista palvelua ja miten tuotettuna asiakkaat itse haluaisivat saada. Haastatteluiden rinnalla käytän havainnointimenetelmää, menetelmän avulla pyrin arvioimaan asiakkaan kotona pärjäämistä ensihoitopalvelun kotikäynnin jälkeen yleisellä tasolla. Havainnoinnin perustan pitkään 17 vuoden työkokemukseeni ensihoidosta, ja satoihin asiakaskontakteihin sekä niissä kohtaamiini ongelmiin. Lisäksi arvioin asiakkaan ympäristöä, ja sitä tarjoaako se edes mahdollisuuksia kotona pärjäämiselle.

Tutkimuksen viimeisessä osassa haastatteluiden ja havainnoinnin avulla kerätty tieto analysoidaan. Menetelmänä käytetään ensin samankaltaisuuskaaviota, jolla tieto jaotellaan samankaltaisiin teemoihin, joiden ympärille kerätään asiakaskontakteissa esiin nousseita asioita. Tämän jälkeen analysoidusta tiedosta koostetaan asiakasprofiilit kuvaamaan palvelun käyttäjiä.

Ensihoidon asiakasmateriaali on erittäin moninaista, järjestelmä joka pystyy huomiomaan kaikkien asiakkaiden erityispiirteet, ei ole mielestäni mahdollinen. Pidän asiakasprofiileja erittäin tärkeänä, sillä tiedon avulla suunniteltu järjestelmä pystyy tuottamaan riittävän laadukasta palvelua, mahdollisimman monille asiakkaille heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa.

4. ENSIHOITOPALVELU

Terveystieteiden tutkimuskeskus määrittää Suomessa terveydenhuollon eli myös ensihoitopalvelun järjestämisestä. Terveystieteiden tutkimuslain 2§:n mukaisesti tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Kaventaa väestöryhmien terveyseroja, sekä toteuttaa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Laki myös vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä, sekä parantaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. Lisäksi säätelyllä helpotetaan

terveydenhuollon toimijoiden ja kunnan eri toimialojen välistä, sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 2010, 2§.)

Suomi on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen, jotka vastaavat alueen erityistason sairaanhoidon tuottamisesta. Erityistasolla tarkoitetaan sairaanhoitoa, joka on harvinaisuutensa tai vaativuutensa takia keskitetty yliopistosairaalaan. Kymenlaakso kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää ensihoitopalvelut toiminta-alueellaan, jolloin erityisvastuualueen tehtäväksi jää toiminnan ohjeistaminen sekä valvonta. (Kuntaliitto 2019.)

Sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan ensihoitopalveluiden järjestämisestä. Sen tulee suunnitella palvelut niin että ne kokonaisuudessaan pystyvät vastaamaan alla mainittuihin, terveydenhuoltolain 40 §:ssä määriteltyihin tilanteisiin. (Terveydenhuoltolaki 2010, 39§.)

1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, eivät kuitenkaan meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitetut tehtävät, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön ja äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa; (29.12.2016/1516)

2) ensihoitovalmiuden ylläpitäminen;

3) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin;

4) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon

erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa;

5) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

”Terveystoimintalaki 40§”

Terveystoimintalaki määrittää kokonaisuudelle ohjeistuksien rungon, yksilöidymmät tehtävät toiminnalle tuottaa, sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Asetuksessa on huomioitu ja ohjattu asioita niin, että Suomessa kaikilla asukkailla olisi tasavertaiset ensihoitopalvelut saatavilla, jokaisena vuorokaudenaikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016.)

- 1) vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet potilaiden hoidon tarpeen arviosta ja hoitoon ohjauksesta terveydenhuollon järjestämissuunnitelman ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen mukaisesti;
- 2) vastattava ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, päivittäistoiminnasta poikkeavista erityistilanteista ja niihin varautumisesta;
- 3) laadittava hälytysohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen ensihoitokeskus sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettaviksi;
- 4) sovittava meripelastusviranomaisten kanssa toimintamalleista, joiden avulla turvataan potilaiden ensihoito meripelastusviranomaisten vastuulla olevissa tehtävissä;

- 5) sovittava ensihoitopalvelun toiminnassa tarvittavien erikoisvarusteiden ja -kulkuneuvojen käytöstä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa;
- 6) vastattava alueensa väestön neuvonnasta ja tiedottamisesta ensihoitopalveluun kuuluvissa asioissa;
- 7) tarvittaessa tarkastettava ensihoitopalvelun tehtävissä käytettävien ajoneuvojen soveltuvuus tehtävään, mukaan luettuna ensihoitopalveluun kuulumattomat ambulanssit;
- 8) seurattava ja tuotettava erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi;
- 9) sovittava poliisilaitosten kanssa siitä, miten yhteistoiminta ensihoitoa edellyttävissä vaativissa poliisin johtamissa tilanteissa järjestetään (*taktinen ensihoito*)

”Asetus ensihoidosta. 2016, 2§”

Yläpuolella esitettyihin asiakokonaisuuksiin ensihoitopalvelun tulee kyetä vastaamaan 24/7. Kokonaisuus on laaja, ja se sisältää monia yksittäisiä kohtia, joita järjestelmä kohtaa suhteellisen harvoin, silti tällaisiinkin tehtäviin on luotava etukäteen mallit, jolla kaikista ensihoitotehtävistä selvittää lain velvoittamalla tavalla.

Suomessa ensihoitoyksiköiden kuljettamien asiakkaiden kulut korvaa kansaneläkelaitos (KELA), kulurakenne perustuu matkan pituuteen sekä tehtävällä käytettyyn aikaan ja henkilökunnan määrään. Keskimääräinen korvaus vuonna 2014 oli 163 € jokaista ensihoitotehtävää kohden. Ensihoitojärjestelmillä alueen asukastiheyden merkitys asukaskohtaiseen

kustannukseen on merkittävä, pitkät etäisyydet ja harva asukastiheys suurentavat kustannuksen keskiarvoa merkittävästi. Suomessa matalimmat ensihoidon kustannukset asukasta kohden ovat Helsingissä ollen 15–20 €. (Kuisma ym. 2018, 21–22.)

Terveystenhuollon järjestelmät sijoittuvat tuotantokeskeisiin järjestelmiin, toimintamalli ei kykene mukautumaan muuttuvien tarpeiden vallitessa, ja palvelusta asiakkaalle muodostuva arvo jää ilman riittävää huomiota. Jos asiakkaan ongelma on hiemankin tavanomaisesta poikkeava se jää ilman kokonaisratkaisua, eikä hoitosuhde johda oikeaan lopputulokseen. (Koivuniemi & Simonen 2011, 34–39.) Nykyjärjestelmän tehokkuutta terveydenhuollossa arvioidaan erilaisilla kustannuksiin perustuvilla mittareilla, lopputuloksen avulla saadaan rahamääräisiä sekä ei- rahamääräisiä hyötyjä. Budjetoinnin vastapuolena on aina saavutettavuus, eli mitä kyseisellä panostuksella saadaan hankittua. (Sintonen & Pekurinen 2006, 249–257.)

Oikeanlaisilla ja hyvin suunnitelluilla palvelukokonaisuuksilla voidaan aikaansaada myös merkittäviä taloudellisia säästöjä. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveysten palveluiden kuntayhtymä (Eksote) on perustanut ja testannut ratkaisuna yhden henkilön ensihoitoyksiköitä. Tulokset ovat olleet erittäin positiivisia ja taloudellisena hyötynä se on säästänyt ensihoitopalvelun kuluja jopa 33 prosenttia. Järjestelmän lähtökohtana on tuottaa asiakkaille hyvää palvelua, mutta samalla se myös vähentää ensihoidon ja päivystyksen ruuhkaa. Yksikön tehtävistä 87 prosenttia on kyetty hoitamaan ilman, että potilas tarvitsee käyntiä päivystyksessä. (Palviainen & Länsimies 2016, 19.)

Valtakunnallisessa selvityksessä ensihoitopalvelun toiminnasta vertailtiin Suomen ensihoitojärjestelmää Tanskan, Englannin sekä Skotlannin vastaaviin järjestelmiin. Suomen palveluohjausjärjestelmä on hyvin erilainen kuin vertailumaissa ja siitä johtuen Suomen hätäkeskukseen tulee paljon hätä puheluita, jotka muissa maissa ohjataan suoraan hoitajalle, joka kykenee hoidontarpeen arviontiin puhelimesta. Tulevaisuudessa tulisi kyetä ohjaamaan potilasvirtoja ja logistiikkaa niin, että ne tulisi hyödynnettyä nykyistä tarkemmin. (Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta 2016, 13-17.) Vuoden 2019 loppuun mennessä koko Suomessa otetaan

käyttöön palvelunumerot 116 117, joiden tarkoituksena on ohjata ja neuvoa ihmisiä ei kiireellisissä sosiaali- ja terveysongelmissa. Järjestelmä täydentää hätäkeskuksen sekä ensihoitopalvelun toimintaa ja palvelee 24/7. (Hätönen 2018.)

4.1 Ensihoitopalvelut Kymenlaaksossa

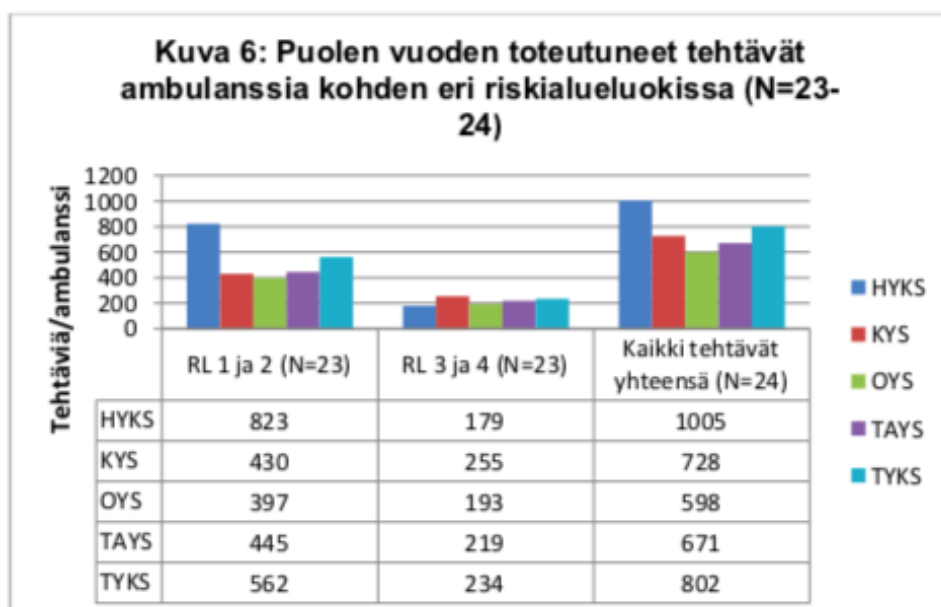
Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (Kymsote) tuottaa ensihoidon palveluita omana toimintana sekä ostamalla palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta sekä pelastuslaitokselta. Ensihoidon hallinnon organisaatio rakentuu ensihoidon vastuulääkärin ja kolmen hallinnon esimiehen perustalle, operatiivisesta ensihoitopalvelusta vastaa päivystävät ensihoidon kenttäjohtajat ja ensihoitotyöstä ensihoitajat ambulansseissa. Kokonaisuudessaan Kymsote ensihoidon palveluksessa on vuoden 2020 alussa, noin 100 henkilöä. (Loikas & Wall 201, 13.)

Ensihoitoyksiköitä Kymenlaakson alueella on ajankohdasta riippuen 17- 19 kappaletta, tämän lisäksi järjestelmä varautuu lisäyksiköihin alueen poikkeustilanteisiin. Ympäri vuorokauden alueella päivystää 2 ensihoidon kenttäjohtoyksikkö, toinen Pohjoisella kenttäjohtoalueella Kouvolassa ja toinen Eteläisellä kenttäjohtoalueella Kotkassa. Kenttäjohtoyksiköt tuottavat vaativaa ensihoitopalvelua hätätilapotilaille sekä johtamisosaamista moniviranomais ja ensihoidon erityistilanteisiin koko toiminta-alueella. Lisäksi kenttäjohtaja vastaa ensihoidon logistiikasta sekä reaaliaikaisen tilannekuvan ylläpitämisestä kenttäjohtoalueella. Vuoden 2020 alusta alueella päivystää myös ensihoitolääkäri, hänen sijoituspaikkansa on pohjois- kymenlaaksossa Kouvolassa. Lääkäriyksikkö toimii koko maakunnan alueella. (Loikas & Wall 2017, 12-15.)

Kymenlaakso kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen (ERVA). Jokaisen erityisvastuualueen keskuksena on yliopistollinen sairaala, joka tuottaa alueen vaativimman erikoissairaanhoidon palvelut koko toiminta-alueella. Lisäksi erityisvastuualue vastaa järjestelmän ohjeistamisesta sekä valvonnasta. (Koskela & Rehula 2017.)

4.2 Ensihoitopalvelun tehtävämäärät Suomessa

Suomessa ensihoidon tehtävämäärät ovat tasaisesti nousevia ja sama trendi näkyy alueellamme Kymenlaaksossa. Vuosina 2015- 2016 koko Suomen ensihoidon tehtävämäärä nousivat +2,9 %, ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella (ERVA), johon myös Kymenlaakso kuuluu +7,1 %. (Nemlander&Koivuranta 2016.) Myös tehtävien luonne on muuttunut ja väestön ikääntyminen ja asiakkaiden erityistarpeet näkyvät kokonaisuudessa. Vuosina 2010- 2015 ensihoidon yli 65 vuotiaiden määrä on noussut 11 % ollen 40 % kaikista asukkaista. (Kuisma ym. 2018, 14–15.)



Kuva 3. (Valvira 2014)

Puolen vuoden tarkastelujaksolla yksi ensihoitoyksikkö suoritti valtakunnallisesti keskimäärin n.700 ensihoidotehtävää, tehtävistä n.500 sijoittui kaupunkialueille ja n.200 maaseudulle. HYKS alueella keskiarvo oli 1005 tehtävää ensihoitoyksikköä kohden (kuva 3). (Valvira 2014.)

4.3 Kymsote ensihoidon tehtävämäärät

Vuonna 2017 Kymenlaakson ensihoitopalvelu hoiti sairaalan väliset siirrot materiaalista poistettuna 24123 ensihoitotehtävää, joista C -ja D riskinarvion tehtäviä oli 15626 eli 64.78 %. 2018 hoidettiin 29430 tehtävää, joista C-ja D kiireellisyysluokan tehtäviä 20021 eli 68,03 % (kuva 4). (Lahelma 2019, 18–19.) Kokonaistehtävämäärä on siis noussut tarkasteluvälillä 18.03 % ja C-ja D kiireellisyyden tehtävien määrä 21.95 %.

Tutkimukseen rajataan tehtävät, joissa on päädytty hoidontarpeen arvion perusteella jättää asiakas kuljettamatta sairaalaan. Asiakkaalle ei ole ensihoidon arvion perusteella ollut, tarvetta ensihoidolle (X-5) hänen ongelmansa on hoidettu kotona (X-8) tai on suositeltu muuta kuljetusta eli esimerkiksi taxia sairaalamatkan suorittamiseen (X-4) (Kuva 8). Kyseisiin ryhmiin rajautuneet asiakkaat ovat sellaisia, joiden ongelmien hoitamiseksi on mielestäni mahdollista suunnitella uudenlaisia menetelmiä. Muissa ensihoidon tehtäväkoodeissa, jotka eivät johda asiakkaan kuljettamiseen, ei tehtävää suorittavan henkilön työturvallisuutta kyetä riittävän hyvin varmistamaan, tehtävä peruuntuu tai potilas on menehtynyt.

Ensihoidon tehtävämäärät Kymenlaaksossa kiireellisyysluokittain 2017-2018

	A	B	C	D
2017	1812	6685	10680	4946
2018	1995	7414	11834	8187

Kuva 4. (Salonen 2019)

Kokonaisuutena vuonna 2017 ensihoidon C -ja D kiireellisyyden asiakkaista hoidettiin X-4/5/8 koodeilla 4847 kertaa, joka on 31.02 % kaikista ensihoitojärjestelmän C -ja D kiireellisyyden tehtävistä. Vuonna 2018 kyseisillä koodeilla hoidettuja asiakkaita oli 5536 eli 27.65 %. (Lahelma 2019, 19.) Kuvassa (4) on vuosien 2017 ja 2018 Kymenlaakson alueella toteutuneiden

ensihoitotehtävien kokonaismäärät kiireellisyysluokittain esitettynä, tehtäväkokonaisuudesta on poistettu sairaalasiirtojen osuus.

5. HÄTÄKESKUKSEN RISKINARVIO

Hätäkeskus tekee jokaisesta hätäpuhelusta riskinarvion, jossa selvitetään tehtävän vastuuviranomainen (pelastus, ensihoito, poliisi, rajavartiolaitos), määritetään tehtävän kiireellisyys sekä tehtäväkoodi (ensihoidon tehtäväkoodit, liite 1). (Hätäkeskuslaitos 2019.) Hätäkeskuksen vuonna 2013 teettämän tutkimuksen mukaan 96 % väestöstä tuntee hätänumeron, heikoiten numero tunnetaan yli 65 vuotiaiden keskuudessa, ja siinäkin tietoisuus oli 92 prosenttiyksikköä. Vuonna 2018 Hätäkeskus käsitteli n.2,73 miljoonaa hätäpuhelua, näistä eri viranomaisille välitettiin n.1,38 miljoonaa tehtävää (kuva 5). (Hätäkeskuslaitos 2019.)

Hätäilmoitukset vuonna 2018	
Hätäilmoitukset yhteensä	2 736 000
Hätäpuhelut	2 705 000
Ilmoitinlaitehälytykset	31 000
Muut ilmoitukset, Eri viranmaisten oma-aloitteiset tehtävät sekä automaattisten paloilmoittimien testaukset	1 057 000
Hätäilmoituksista välitetyt tehtävät muille viranomaisille	1 392 000
Terveystoimen tehtäviä 55%	= 765 600

Kuva 5. (Hätäkeskuslaitos 2019)

Kaikista vuonna 2018 viranomaisille välitetyistä tehtävistä 55 % oli terveystoimen tehtäviä, eli kokonaisuudessaan 765 600 kappaletta. (Hätäkeskuslaitos 2019.)

Vuoden 2019 loppuun mennessä koko Suomessa on käytössä ERICA-hätäkeskusjärjestelmä, sen tarkoituksena on turvata hyvät ja tasapuoliset palvelut maantieteellisestä sijainnista riippumatta kaikille kansalaisille. ERICA

järjestelmä on otettu käyttöön Kymenlaakson päivystysalueella keväällä 2019.
(Hätäkeskuslaitos 2019.)

Hätäkeskusjärjestelmä ERICA:n nimi syntyy seuraavista sanoista.



Kuva 6. (Hätäkeskuslaitos 2019)

Ensihoitopalvelun tehtävät jaetaan ryhmiin kiireellisyysluokittain (kuva 7). Kiireellisyysluokkien A- ja B tehtäville hätäkeskusjärjestelmä hälyttää aina lähimmän tarkoituksenmukaisen yksikön, menetelmän mahdollistaa järjestelmän käyttämä yksiköiden reaaliaikainen paikkatieto. Hätäkeskuksen arvioidessa tehtävän C tai D kiireellisyysluokkaan, on tavoittamisviiveiksi sosiaali- ja terveysministeriö määritellyt enimmillään C-30min ja D-120min. (Asetus ensihoitopalvelusta 2016, 7§.)

A-luokan tehtävä

Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna

B-luokan tehtävä

Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta

C-luokan tehtävä

Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia

D-luokan tehtävä

Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

Kuva 7. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2016)

Ensihoitopalvelun asiakkaita ei kuljeteta hoitoon ilman lääketieteellistä perustetta. Silloin kun lopputuloksena on muu kuin asiakkaan kuljetus, päättyy ensihoitoyksikkö ohjeistuksen mukaisesti X-koodiin (kuva8). Asiakas voidaan jättää kuljettamatta terveydenhuollon ammattilaisen hoidontarpeen arvion perusteella, mutta hänen omatoimista hakeutumista päivystyspisteeseen ei voida evätä. Järjestelmän kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että hätätilapotilaat tavoitetaan mahdollisimman nopeasti, menettely tuo mukanaan myös paljon tehtäviä, joissa ensihoidon määritelty hälytysvaste on tehtävään nähden ylimitoitettu. (Kuisma ym. 2018, 103–104.)

X-0 Tekninen este
X-1 Menehtynyt
X-2 Terveystila määritetty, ohjattu poliisin suojaan
X-3 Pyydetty kohteeseen muuta apua
X-4 Muu kuljetus
X-5 Ei tarvetta, terveystila määritetty
X-6 Potilas kieltäytyi
X-7 Potilasta ei löydy
X-8 Potilas hoidettu kohteessa
X-9 Tehtävä peruutettu

Kuva 8. Ensihoidon X-koodit (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005)

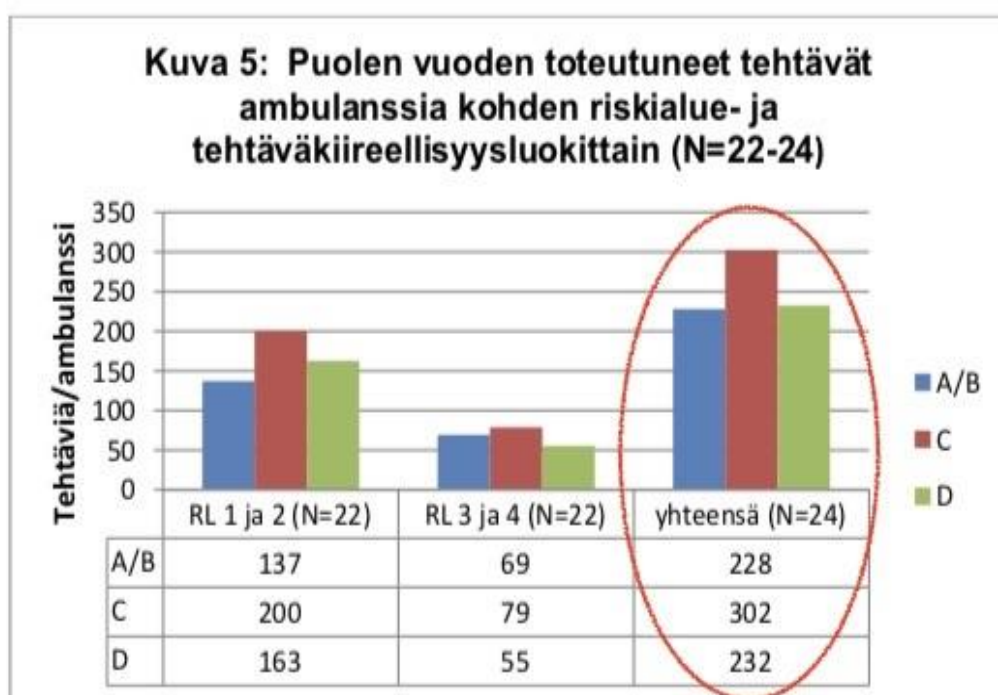
Kun asiakkaan ongelma vaatii lääkärin arvion sairaalassa mutta hänellä ei ole viitteitä merkittävästä vammasta tai sairaudesta, eikä hän tarvitse hoitoa matkan aikana on lopputuloksena X-4. Kyseisissä tilanteissa asiakas hakeutuu sairaalaan omalla kyydillä tai esimerkiksi taksilla. Kun ensihoitopalvelun tekemän hoidon tarpeen arvion jälkeen on selkeä käsitys siitä, mitä on tapahtunut ja vallitseva oire on poistunut, päädytään X-5 koodiin eli terveystila on määritetty ja tarvetta ensihoidolle ei ole. X-8 koodiin päädytään, kun asiakas on saanut hoitoa ongelmaansa kohteessa, eikä tämän ansiosta tarvitse käyntiä päivystyksessä. Perinteisiä esimerkkejä tästä tehtäväryhmästä ovat diabeetikon matalan veren sokerin korjaaminen glukoosiliuoksella, tai lievän astma-kohtauksen lääkehoito. Ensihoidon kaikissa kiireellisyysryhmissä, on lopputuloksena tilanteita, jossa asiakas jätetään kuljettamatta. (Gastren ym 2004, 182-189.)

5.1 Ensihoidon C- ja D riskiluokat

Suurin osa ensihoitopalvelun tehtävistä on C- ja D kiireellisyyden tehtäviä hätäkeskuksen tekemän riskinarvion perusteella. C-tehtävässä avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopean hoidontarpeen arvion. D-tehtävässä avuntarvitsija

tila on arvioitu vakaaksi eikä hänellä ole peruselintoiminnon häiriötä, mutta ensihoitopalvelun on tehtävä hoidontarpeenarvio (kuva 7). (Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta 2014, 11-12.)

Ensihoitopalvelun toiminta perustuu asiakkaan tarkkaan hoidontarpeen arvioon ja työdiagnoosin perusteella oikeanlaisen avun antamiseen. Ensihoidon resurssien tavoitteena on pystyä vastaamaan, kiireellistä ensihoitoa tarvitsevien asiakkaiden ongelmien ratkaisuun välittömästi. Tämän takia järjestelmässä ei voida, käyttää rajattomasti aikaa ja resursseja tehtävien ja kaikkien asiakkaan ongelmien kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. On myös rajattava, millaisin menetelmin ensihoitopalvelu tutkii asiakkaan, rajattomasti ei voida lisätä tutkimusmenetelmiä, koska tehtävien aikakriittisyys ei sitä salli. (Alanen ym. 2017, 57–59.)



Kuva 9. Toteutuneet ensihoitotehtävät 6 kuukauden aikana (Valvira 2014)

Kuvassa (9) on esitetty ensihoitoyksiköiden tehtävien jakautuminen kiireellisyysluokittain kuuden kuukauden ajalta. Kokonaisuudesta selviää, että C -ja D kiireellisyysluokituksen tehtäviä oli 534 kappaletta yhtä ensihoitoyksikköä kohden ollen 70 prosenttia kaikista tehtävistä.

5.2 Tutkimukseen sisällytetyt ensihoidon tehtäväkoodit

Ensihoitopalvelun tehtäväkenttä on hyvin moninainen ja kaikkiin tehtäväluokkiin ei voida soveltaa muita kuin nyky menetelmiä. Opinnäytetyöhöni olen rajannut tehtävät sellaisista luokista, joiden hoitamiseksi voidaan tehtyyn taustoitukseen perustuen, suunnitella erilaisia menetelmiä ilman riskimarginaalin liiallista nousua.

Työturvallisuuden varmistamiseksi on toimintamalleissa, joissa asiakkaan kohtaa esimerkiksi vain yksi henkilö, noudatettava erityisen tarkkoja turvallisuuskriteerejä. Hätäkeskuksen riskinarvio perustuu valmiiseen kysymysprotokolaan ja ilmoittajan vastauksiin, halutessaan ilmoittaja voi aina vastata omaksi edukseen mielestään parhaimmat vastaukset, ja esimerkiksi peitellä väkivallan tekoa. Riskimarginaalia voidaan hallita etukäteen kohteeseen soittamalla ja asiakasta haastattelemalla. Jos puhelun aikana ilmenee epäselvyyksiä tehtävän loogisen etenemisen suhteen, työturvallisuushaka tai sen mahdollisuus, ja jos asiakas on päihtynyt, valitaan aina jokin muu menetelmä palvelun tuottamiseen.

0xx Pahoinpitely

012 joukkosurma, 031 ampuminen, 032 puukotus, 033 potkiminen/hakkaaminen, 034 tekotapa epäselvä

2xx Liikenneonnettomuus

200 -208 tieliikenne, 210-218 raideliikenne, 222-223 vesiliikenne, 231-236 ilmaliikenne, 271 maastoliikenne

70x Peruselintoiminnan häiriö

700 eloton, 701 elvytys, 702 tajuttomuus, 703 hengitysvaikeus
704 rintakipu, 705 rytmihäiriö, 706 aivoverenkierron häiriö, 707 potilas- siirto

71x Hapenpuute

711 hengitystie-este, 713 hirttäytyminen, hukuksiin joutuminen

74x Vamma; Muu mekaaninen

741 putoaminen, 744 haava, 745 kaatuminen, 746 isku, 747 vamma:muu

75x Onnettomuus

751 kaasumyrkytys, 752 myrkytys, 753 palovamma, 755 ylläampöisyys, 756 paleltuminen/alilämpöisyys

76x Verenvuoto

761 suusta, 762 gyn/urologinen, 763 korva/nenä, 764 säärihaava/muu

77x Sairaus; Liittyy löydös

770 sairaskohtaus, 771 sokeritasapainon häiriö, 772 kouristus, 773 yliherkkyysreaktio
774 sairastuminen;muu, 775 oksentelu/ripulointi

78x Sairaus ilmenee oireena

781 vatsakipu, 782 pää/niskakipu, 783 selkä/lonkkakipu, 784 raajakipu,
785 mielenterveysongelma, 786 vartalokipu

79x Sairaankuljetustehtävä

790 hälytys puhelun aikana, 791 synnytys, 796 suuronnettomuus/monipotilastilanne

4xx Pelastus

401-403 rakennuspalo, 411-413 liikennevälinepalo, 441-443 räjähdys, 451-455 vaarallisen aineen onnettomuus, 480-487 ihmisen pelastaminen
(ylhäältä/alhaalta/puristuksista/vedestä)

Kuva 10. Työhön rajatut ensihoidon tehtäväkoodit (Salonen 2019)

Tehtäväluokalistasta (kuva 10) on rajattu pois tehtävät, joissa johtovastuu on toisella viranomaisella, tehtävään liittyy merkittävä työturvallisuusriski (päähtymys tai varotieto), tai se ei ole muuten hoidettavissa yhden henkilön resurssein. Tehtäväluokat on merkitty kuvassa punaisella värillä, ja mielestäni niiden hoitamiseksi on käytettävä nyky menetelmiä riittävän hyvän työturvallisuuden, sekä nopean saavutettavuuden varmistamiseksi. Kuvassa vihreällä merkityille tehtäville voidaan mielestäni suunnitella muita menetelmiä palvelun tuottamiseksi, koska työntekijöiden turvallisuus tehtävällä

kyetään riittävällä varmuudella varmistamaan. Tehtävien poissulku ei ole absoluuttinen, ja punaiselle merkittyjen tehtävien joukkoon mahtuu varmasti myös tehtäviä, joissa asiakkaan voi turvallisesti kohdata yksin, kun asia on tapauskohtaisesti varmistettu. Samoin vihreällä merkittyihin tehtäviin sisältyy tilanteita, joita ei yksi hoitaja kykene ratkaisemaan, esimerkiksi obeesi kaatunut asiakas, joka pitää saada nostettua ylös lattialta.

Poissulkumenetelmän jälkeen jäljelle jäi 22 ensihoitotehtävää, joihin edellä mainitut kriteerit huomioiden voidaan soveltaa uusia menetelmiä. Tehtävistä laadittiin Kymenlaakson ensihoitajille Webropol-kysely (liite 3). Kyselyn avulla selvitettiin, mitkä viisi tehtävää ensihoitajat kokevat hankalimmaksi, kun tavoitteena on molempia osapuolia mahdollisimman hyvin tyydyttävä lopputulos. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella (liite 5) tutkimustyön haastatteluosa kohdennettiin niiden tehtäväkoodien asiakkaisiin, joiden kohdalla ensihoitajat kokivat pääsevänsä heikoiten molempia osapuolia palvelemaan loppuratkaisuun.

6. PALVELUMUOTOILU

Palvelumuotoilun perustana on hyvä asiakasymmärrys suunnitteluprosessiin rajatun asiakasryhmän osalta, lisäksi riittävä osaaminen työmenetelmistä ja niiden mahdollisuuksista on ensiarvoisen tärkeää, jotta päädytään mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Koska palvelumuotoilu ei ole alariippuvaista sen prosessit venyvät kaiken suunnittelun pohjaksi loistavasti. (Ahonen 2017, 34-35.) Parhaimmillaan muotoilija kykenee rakentamaan palveluorganisaation toiminnan asiakkaan ympärille, hänen tarpeidensa mukaiseksi kokonaisuudeksi. (Miettinen 2014, 30.)

Palvelumuotoiluprosessi käsittää tapahtumaketjun, jota suunnittelutyö noudattelee, prosessin ulkopuoliset asiat sekä tutkittavat ja mallinnettavat asiakokonaisuudet muuttavat prosessin kulkua. Prosessille on merkityksellistä, että suunnittelun taustalta löytyy runko, jota tekijä käyttää apunaan. Rungon ympärille valitaan juuri kyseiseen suunnittelutyöhön sopivat

menetelmät, tällöin voidaan kohdentaa aika ja energia itse suunnittelutyöhön. (Tuulaniemi 2011, 126-127.) Muotoiluprosessi, jonka ympärille kasataan sopivia menetelmiä, auttaa kaikkia osapuolia ja mahdollistaa saavuttamaan hyvän lopputuloksen, terveydenhuollon järjestelmiä suunnitellessa (Pfannstiel & Rasche 2019, 3). Esimerkki palvelumuotoiluprosessista (kuva 11).

Lähteestä riippuen palvelumuotoiluprosessit poikkeavat hieman toisistaan, prosessi on kuitenkin vain työn tekemisen runkona ja prosessiin lisätään tapauskohtaisesti eri elementtejä, jotka saavat kokonaisuuden ja lopputuloksen toimimaan. Palvelumuotoiluprosessista hyötyvät kaikki, asiakkaat saavat oman äänensä kuuluviin ja palvelun tarjoaja hyötyy hyvästä asiakaskokemuksesta. Palvelun tuottaja saa hyvin kehitetyn ketterän toimintamallin, jossa ei ole turhia huonosti toimivia kohtia. (Ahonen 2017, 75-76.)

Palvelumuotoilussa käytetään samanlaisia kehittämisprosesseja kuin tuotemuotoilussa, jossa keskiössä on tuote, josta halutaan mahdollisimman hyvä. Palvelumuotoilun keskiössä taas on palvelun käyttäjä, ja palvelusta halutaan mahdollisimman toimiva juuri kyseiselle asiakkaalle. (Tuulaniemi 2011, 63-65.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintaa ohjaa suuri määrä erilaisia lakeja ja säädöksiä, nämä tulee huomioida suunnittelutyössä. Tällöin voidaan varmistaa, että lopputuloksen käytettävyys säilyy riittävän hyvänä. (Ahonen 2017 s.40-43). Palvelumuotoilulle on ominaista, että suuri asiakokonaisuus jaetaan pienemmiksi paremmin hallittaviksi osiksi. Näitä osia yksittäin kehittämällä ja lopulta yhteen takaisin liittämällä aikaansaadaan toimiva lopputulos. (Tuulaniemi 2011, 58-59).

YMMÄRRYS	MUOTOILU	KOKEILU	TOTEUTUS	ARVIOINTI
Määrittely Tutkiminen Ymmärrys	Strategia Ideointi Konseptointi	Ensimmäinen versio Pilotti Arviointi	Tarkennettu konsepti Lanseeraus	Prosessin arviointi

Kuva 11. Esimerkki palvelumuotoiluprosessista (Ahonen 2017)

Kuvassa (11) on esitetty esimerkki palvelumuotoiluprosessista, lähteestä riippuen prosessit voivat poiketa hieman toisistaan. Kokonaisuutta käytetään kuitenkin vain työn runkona ja sen ympärille valitaan menetelmät, jotka sopivat juuri kyseiseen suunnitteluprojektiin parhaiten.

6.1 Muotoiluajattelu

Design thinking eli muotoiluajattelu on lähestymistapa kehitettävään palveluun. Se erottaa hyvän ja huonon palvelun toisistaan, ja onkin tärkeä kilpailuvaltti palvelun toimiessa mallikkaasti. Muotoiluajattelun avulla saadaan palvelun positiivisia pisteitä korostettua, mutta myös negatiivisia asioita sumennettua niin että asiakas ei välttämättä edes huomaa niitä. (Pfannstiel & Rasches 2019, 40.)

Muotoiluajattelu mahdollistaa uusien innovatiivisten ratkaisujen löytymistä, koska se huomioi kaikki näkökulmat suunnittelussa. Tällöin myös lopputulos hyödyttää paremmin kaikkia osapuolia. Muotoiluajattelu auttaa parempien ratkaisujen tekemisessä, joka taas johtaa parempaan lopputulokseen. (Miettinen 2014, 11–17.) Suunnitteluvaiheiden ei tarvitse noudattaa tarkkaa järjestystä vaan prosessi voi edetä vapaasti, tämän takia siinä voi myös palata takaisin jo aiemmin kehitettyyn kohtaan tarkentamaan sitä ennestään. (Pfannstiel & Rasches 2019, 40.)

Julkisen sektorin kehitystyö keskittyy toistaiseksi suurilta osin palveluiden tehostamiseen. Kustannuksia kyettäisiin hallitsemaan paremmin hyvin suunnitelluilla kokonaisratkaisuilla. (Miettinen 2014, 23). Innovatiivinen ajattelutapa palveluiden kehittämisessä parantaa asiakaskokemusta, lisää vuorovaikutusta ja mahdollistaa kilpailuedun muihin nähden. (Pfannstiel & Rasches 2019, 80).

6.2 Asiakaskokemus

Palvelumuotoilussa asiakaskokemus tulee olla keskiössä kaikkia palveluja suunnitellessa, ja se luokin pohjan palvelun menestymiselle.

Asiakaskokemuksessa tulee huomioida sen kaikki tasot, ja sen tuleekin vastata niin asiakkaan tarpeisiin kuin myös tunteisiin, olla merkityksellinen ja mahdollistaa asioita sekä asiakkaan oivalluksia. (Tuulaniemi 2011, 75-78.)

Asiakasymmärrys yhdistettynä tarkasti pohjustettuun tietoon suunniteltavasta palvelusta, antavat hyvän mahdollisuuden suunnitella toimivia palvelukokonaisuuksia. (Ahonen 2017, 50-52).

Tuulaniemen mukaan (2011, 37) Asiakaskokemus voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkitykseen. Toiminta tarkoittaa sitä, kuinka hyvin palvelu vastaa asiakkaan tarpeita. Asiakkaan tuntemuksia sekä henkilökohtaisia kokemuksia palvelusta kuvataan tunnetasolla, merkitystasolla tarkoitetaan asiakkaalle esiin nousevia mielikuvia palvelusta.

Asiakaskokemuksen kehittymistä kuvataan arvon muodostumisen pyramidilla. (kuva12)



Kuva 12. Arvon muodostumisen pyramidin (Tuulaniemi 2011)

Nykymaailmassa ihmisillä on erilaisia palveluja vertailtaessa kaikki mahdollinen ja tarvittava tieto välittömästi sekä helposti käytettävissä. Asetelma saa aikaan vääristymän, jossa palveluntarjoajat eivät pysty kilpailemaan itse myytävällä palvelulla, koska jokainen tarjoaa samaa ja yhtä hyvää lopputulosta ongelmaan. Ainoa tapa erottua joukosta on erinomainen asiakaskokemus, joka saa asiakkaan palaamaan palvelun piiriin ja markkinoimaan sitä myös muille. (Ahvenainen ym. 2017, 9-19.)

Hyvällä asiakaskokemuksella voidaan aikaansaada ja vahvistaa aineetonta pääomaa. Liiketalouden näkökulmasta tämä vahvistaa brändiä ja asiakas on valmis satsaamaan hyvään kokemukseen aineellisen tuotteen lisäksi, tapa tuo myös asiakkaan uudelleen saman palvelun piiriin ja vahvistaa palvelua verrattuna kilpailijoihin. (Hellman & Värilä 2009, 169–172.)

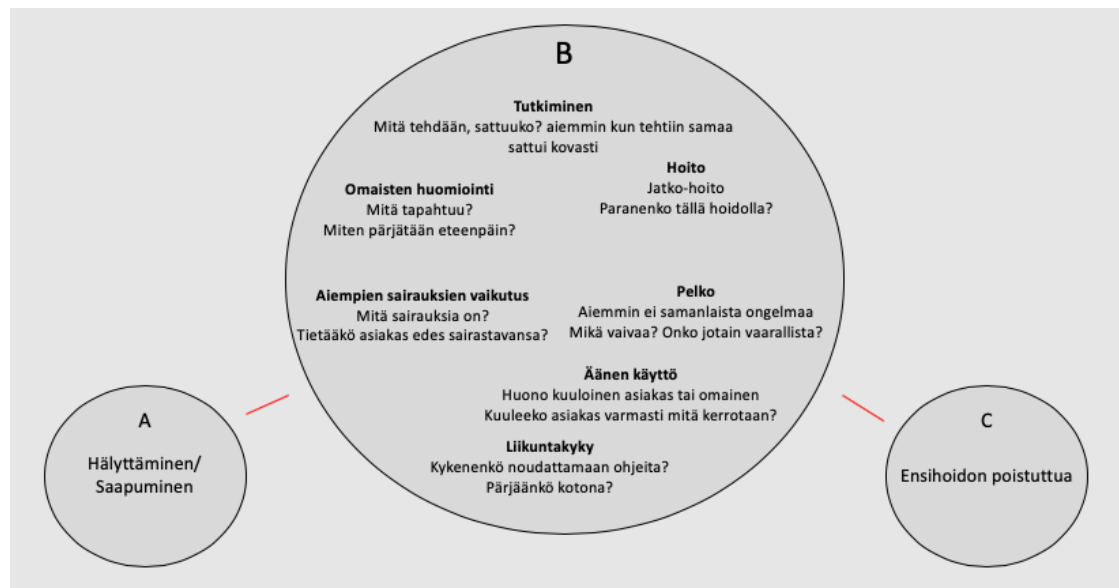
6.3 Asiakasprofiili

Asiakasprofiili on tietynlaisesta joukosta nouseva ryhmä, joka toimii rajatuin määrein samankaltaisesti. Asiakasprofiloinnin avulla saadaan esitettyä tilaajalle visuaalisesti, esiinnousseet profiiliryhmät. Profiiliryhmien avulla voidaan suunnittelun eri osia kohdentaa juuri oikein, niin että kaikki osapuolet hyötyvät mahdollisimman paljon lopputuloksesta. (Tuulaniemi 2011, 154-157.) Asiakasprofilointi varmistaa asiakkaan tarpeiden pysymisen suunnittelutyön keskiössä, tällöin ei myöskään suunnittelijan omat ajatukset vaikuta lopputulokseen. (Juustila 2018, 19).

Tutkimustyössäni kerätyn asiakastiedon pohjalta suunnitellaan asiakasprofiileja, jotka kuvaavat järjestelmän tavanomaisia käyttäjiä, työhön rajattujen ensihoitotehtävien osalta. Profiilien avulla voidaan palveluiden suunnittelussa paremmin huomioida juuri ne asiakkaat, joiden ongelmat ovat sellaisia, mihin voitaisiin tulevaisuudessa vaikuttaa erilaisia palveluita tuottamalla.

6.4 Palvelupolku

Palvelu tai asiakaspolku on menetelmä, jolla kuvataan asiakkaan liikkuminen ja kokemukset palvelun eri vaiheissa. Palvelupolun tulee alkaa heti palvelun alusta eli ensikontaktista palveluun, ja jatkua viimeiseen kontaktiin asti. Palvelupolusta tehdään havainnollistava kartta visualisoinniksi, karttaan merkitään palvelutuokiot sekä niiden sisällä tapahtuvat kontaktipisteet. (Ahonen 2017, 114-119.)



Kuva 13. Palvelutuokio (Salonen 2019)

Kuvassa (13) esitetään palvelutuokiot palvelupolulla, tuokio (B) on avattu, jotta suunnittelun kontaktipisteet tulevat näkyviin.

Palvelutuokio on palvelupolun osa, joka taas jakautuu moneksi kontaktipisteeksi, palvelutuokio kuvaa palvelun eri vaiheita. Kontaktipisteitä ovat kaikki asiakkaisiin kohdistuvat palvelun osat, esimerkiksi esineet, kokemukset, tunteet, ihmiset ja toimintatavat. Kontaktipiste voi olla myös negatiivinen ja palvelu voi hyötyä sen poistamisesta tai muuttamisesta sellaiseksi, ettei asiakas kiinnitä siihen huomiota. (Tuulaniemi 2011, 78-82.)

PALVELUPOLKU	KOSKETUSPISTE 1 Hälyttäminen/Saapuminen	KOSKETUSPISTE 2 Kohteessa	KOSKETUSPISTE 3 Ensihoidon poistuttua
Vaiheen kuvaus	Ongelma Hätäpuhelu Kohteeseen opastaminen Ensihoitajien kohtaaminen	Ongelmanratkaisu Hoito Jatko-hoito ohjeet Palvelun kokeminen	Ohjeiden noudattaminen Uuden yhteydenoton tarve Kotona pärjääminen
Käyttäjän kokemus vaiheesta			
Riskit, mahdollisuudet, parannusideat			

Kuva 14. Palvelupolku (Salonen 2019)

Opinnäytetyössä käytetyssä palvelupolkumallissa (kuva 14) on huomioitu ensihoitotehtävän normaali kulku. Mallilla aikaansaadaan systemaattinen etenemä, joka kuvaa ensihoitotehtävää mahdollisimman tarkasti. Palvelupolku alkaa asiakkaan (tai ilmoittajan) ensimmäisestä yhteydenotosta järjestelmään eli hätäpuhelusta, ja päättyy asiakkaan arvioon, kuinka hän mielestään tulee kotona ensihoidon poistuttua pärjäämään. Tässä työssä palvelupolkumallia käytettiin myös haastattelun runkona, näin aikaansatiin haastattelun looginen etenemä palvelupolun mukaisesti.

7. OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLISET MENETELMÄT

Määrällistä sekä laadullista tutkimusmenetelmää voidaan hyvin käyttää yhdessä, tällöin tulee huomioida, ettei menetelmistä toinen jää vähäpätöisemmäksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 12–13). Monia kvantitatiivisesti mitattuja ilmiöitä on helpompi selittää kvalitatiivisen tutkimuksen ymmärtämisen avulla, koska ne voidaan visualisoida ymmärrettävään muotoon. (Tuomivaara 2005, 34).

Kun määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää käytetään yhdessä, kutsutaan menetelmäkokonaisuutta triangulaatioksi. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 2006, 225).

Tutkimustyö etenee loogisesti koska määrällisellä tutkimusosan lopputuloksen avulla kohdennetaan laadullinen tutkimus juuri niihin asiakkaisiin, jotka on saatu selvitettyä kyselytutkimuksessa. Ilman määrällistä alkututkimusta, laadullinen osuus kohdistuisi väärin asiakkaisiin, eikä antaisi oikeaa kuvaa järjestelmän asiakkaista.

Opinnäytetyön tutkimus aloitetaan tekemällä Kymenlaakson alueen ensihoitajille kyselytutkimus C-ja D riskiluokan ensihoitotehtävistä. Kyselyllä kartoitetaan mitkä tehtävät ensihoitajien mielestä ovat sellaisia, joissa päästään heikoiten asiakkaan ongelman ratkaisevaan lopputulokseen.

7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkastelee tietoa numeerisesti. Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin, kuinka paljon ja kuinka usein. Numeerisen tiedon avulla tutkija kuvaa tiedon sanallisesti ja vertailee tutkimuskohteita toisiinsa. Tiedon keräämiseen voidaan hyödyntää strukturoitua kyselylomaketta, jossa kysymykset on tarkoin suunniteltu ja vakioitu. Kysymysten asettelussa otetaan huomioon selkeys, jotta vastaukset riippuisivat vastaajan tulkinnasta mahdollisimman vähän. (Vilkkä, 2015, 73-75.)

Hyvän ja laajan tietopohjan saavuttamiseksi ei löydy riittävää teoriataustaa, tämän takia tutkimusmetodiksi valikoituu kyselytutkimus. Metodin avulla saavutetaan riittävän suuri otanta sekä tarkkuus. (Vilkkä 2015, 118). Kyselytutkimuksella saatu data on sellaisessa muodossa, että sitä on helppo ja nopea analysoida. (Routio 2007).

Tutkimuksen ensimmäinen vaihe toteutettiin webropol kyselyn avulla (liite 2). Kyselyyn osallistui Kymenlaakson sosiaali-ja terveyspalveluiden ensihoitajat, joita oli tämän tutkimuksen toteutuksen aikana 60 henkilöä. Ennen kyselyn virallista käyttöä, se testattiin 4 ensihoitajalla. Heidän antaman palautteen perusteella kysely muokattiin lopulliseen muotoonsa. Vastauksia saatiin n=35

kappaletta eli vastausprosentti oli 58 %, pidän lukua hyvänä koska kysely toteutettiin kesälomakauden aikana, ja vastausaikaa oli vain kaksi viikkoa.

Ensihoitajille esitetty kysymys:

Kuvittele itsesi C tai D kiireellisyyden ensihoitotehtävälle, jossa olette työparisi kanssa tehneet tarkennetun tilanarvion, jonka perusteella päädytte X-4/X-5/X-8 ratkaisuun.

Missä seuraavissa ensihoidon tehtäväkoodissa mielestäsi päästään heikoiten asiakkaan kokonaisongelman ratkaisevaan lopputulokseen.

Valitse seuraavista vaihtoehtoista 5 koodia. (kuva 10, vihreällä merkityt tehtäväkoodit)

Vastausten perusteella ensihoitajien kokemaan nojaten, heikoimpaan lopputulokseen päästään tehtäväkoodissa, 703 hengitysvaikeus (40%), 705 rytmihäiriö (40%), 706 aivoverenkierron häiriö (46%), 774 sairastuminen/muu (51%) ja 781 vatsakipu (60%). Vastaus prosenteissa on huomioitava, että järjestelmän antama prosenttimäärä kuvaa, kuinka moni vastaajista valitsi kyseisen vastausvaihtoehdon kaikista mahdollisuuksista.

7.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan löydöksiä ilman tilastollisia menetelmiä, tai muita määrällisiä keinoja. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita selittämään sekä kuvaamaan ilmiöitä. (Vilkkä 2015, 118-119.) Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri kvantitatiivisen tutkimuksen tavoin yleistyksiin. Osa laadullisen tutkimuksen prosessia on jatkuva analysointi, mikä mahdollistaa ilmiön syvällisemmän ja monipuolisemman kuvailun. (Kananen 2008). Tässä työssä on käytetty juuri

kvalitatiivista menetelmää kvantitatiivisen kanssa yhdessä, jotta asiakkaista saadaan riittävän tarkkaa tietoa johtopäätösten tekemiseksi.

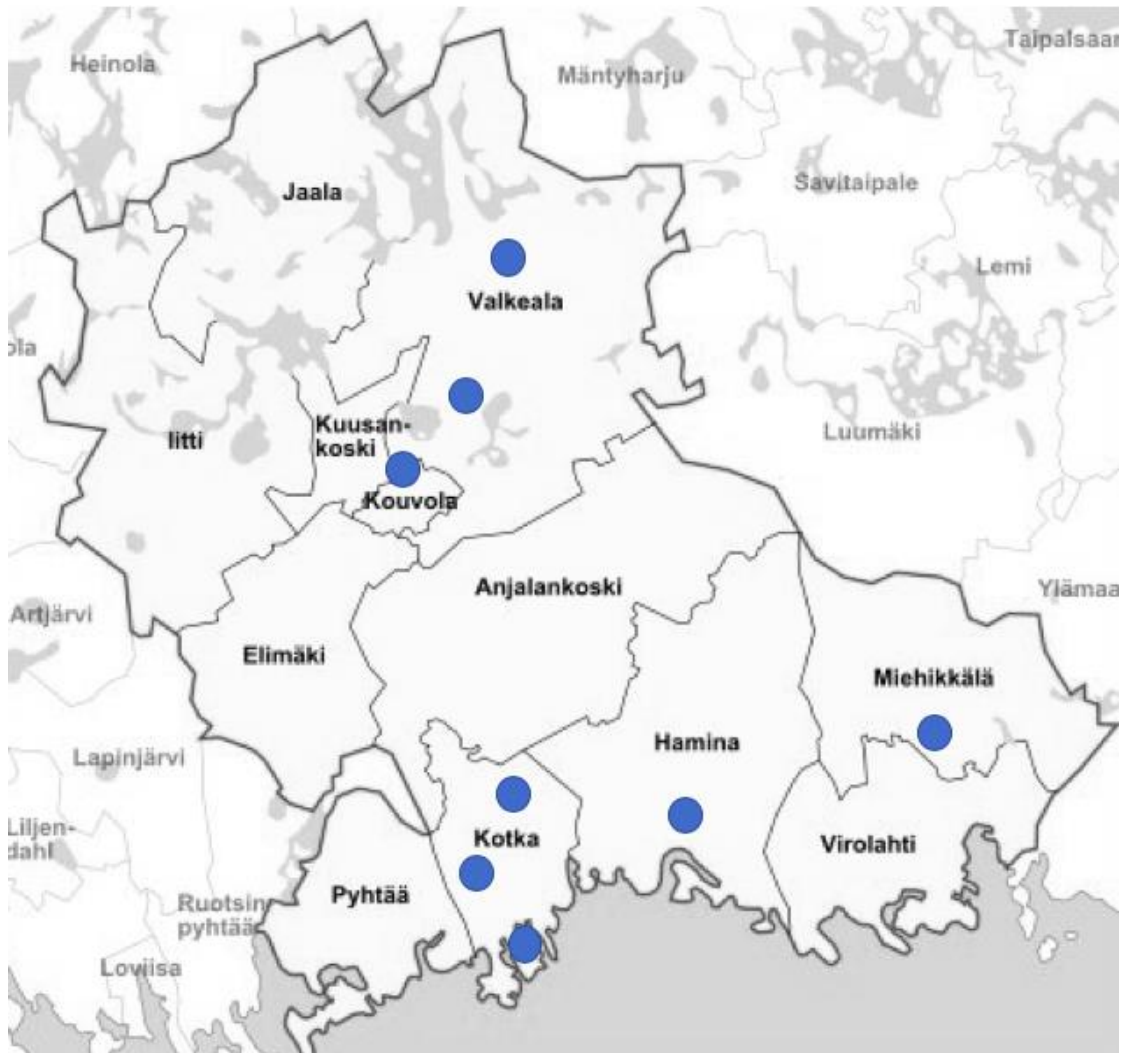
Asiakaskokemusta kuvaava tutkimusosuus tehdään ensihoidon asiakkaita haastatteleamalla, tutkimusmenetelmistä se sopii mielestäni parhaiten asiakkaiden kokemusten selvittämiseen. Riittävän tarkkaa arkistoitua materiaalia ei kyseistä aiheesta ole olemassa, kyselytutkimusta ei pystyisi kohdentamaan oikein, ja etenkin asiakkaan kokemusten kuvaaminen muulla menetelmällä olisi mahdotonta.

7.2.1 Haastattelumenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä haastattelun avulla, menetelmä mahdollistaa aineiston monipuolisen tarkastelun eri näkökulmista. Epämuodollisen haastattelun avulla päästään syvemmälle tutkimuskohteiden arvo- ja ajatusmaailmaan, menetelmässä haastateltavan annetaan hyvin vapaasti kertoa kokemuksestaan asiakkaana. (Alasuutari 2001, 32–34.)

5x miksi ("5-Whys") menetelmä on kehitetty asiakkaan kertoman tarkentamiseen, ja oikeiden tarpeiden tunnistamiseen sekä ymmärrykseen. (Miettinen & Koivisto 2009, 18). Menetelmän saadaan ohjattua asiakkaan kertomaa lähemmäs ongelman ydintä, eikä tieto jää pinnalliseksi. (Kuusisto 2017).

Haastattelut suoritetaan ensihoitoyksikön hoidettua etukäteen kyselytutkimuksella selvitetyn koodin mukaisen ensihoitotehtävän. Lisäksi tehtävän tulee päättyä asiakkaan kuljettamatta jättämisen koodeihin X-4/X-5/X-8 (kuva 8). Kyselyn perusteella valikoitunut tehtävä "avataan" uudelleen soittamalla kohteeseen, ja tiedustelemalla lupaa asiakashaastattelun tekemiseen. Materiaalista poistetaan asiakkaat, jotka kieltäytyvät haastattelusta, alle 8v lapset sekä ne, joiden kanssa ei kyetä kommunikoimaan normaalein menetelmin. Kyseisen asiakasryhmän osuus materiaalissa on hyvin pieni ja on todennäköistä, ettei tutkimuskokonaisuuteen ei kohdistu yhtäkään näiden kriteereiden asiakasta.



Kuva 15. Asiakashaastatteluiden sijainnit kartalla (Salonen 2019)

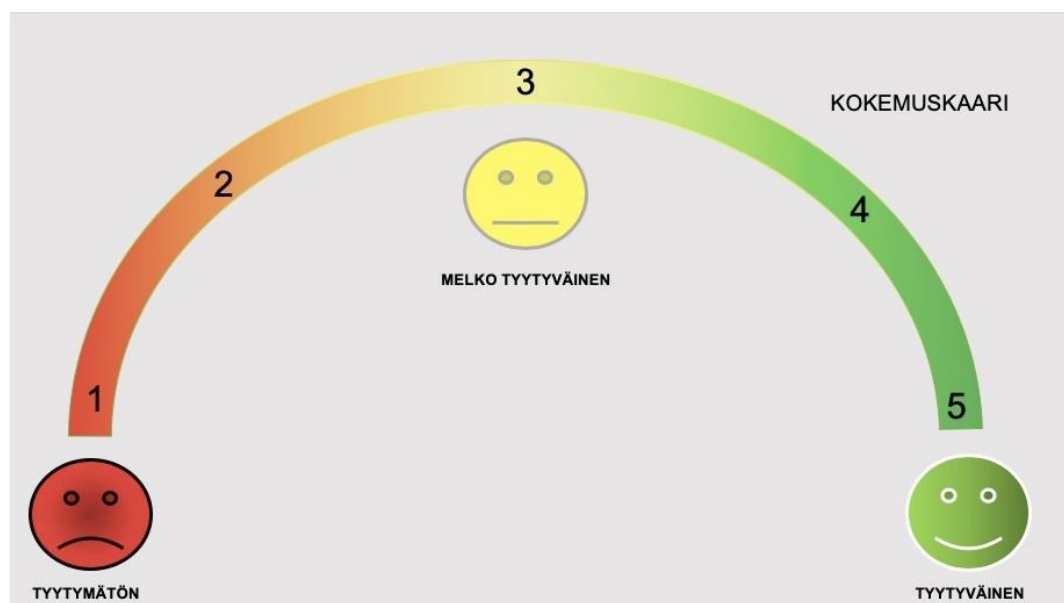
Asiakashaastattelut toteutettiin koko Kymenlaakson alueella (kuva 15), näin ollen koko alue saatiin edustetuksi tutkimukseen, eikä alueellisia eroja päässyt syntymään. Kuvassa siniset pisteet merkitsevät kohteita, joissa haastattelut suoritettiin. Karttapisteet ovat tarkoituksella niin epätarkkoja, ettei asiakkaiden anonymiteettisuoja kärsi. Huomioitavaa on myös, että toiminta alue jolle palveluita tulee kyetä järjestämään, on maantieteellisesti erittäin suuri.

Asiakashaastatteluiden tekeminen aloitettiin testihaastattelulla ja pienin muutoksin siirryttiin oikeiden asiakkaiden pariin. Tehtävien määrään tai hätäkeskuksen koodeihin ei tutkija pysty vaikuttamaan, eikä myöskään ensihoitoyksikön loppuratkaisuun, joten haastateltavien asiakkaiden löytyminen oli haastavaa. Ilman tätä työn osaa, muutkin olisivat olleet huonosti hyödynnettävissä, joten jatkoin haastateltaviksi sopivien tehtävien odottamista. Käytin haastatteluihin yhteensä 5 työpäivää, ja tänä aikana luvan

antaneita haastateltavia kertyi 9. Haastatteluiden määrää voi pitää riittävänä, koska käyttäjäryhmissä ilmeni riittävästi samankaltaisuuksia.

Haastattelumäärän lisääminen ei ollut enää merkitsevää, ja työ rajattiin 9 haastatteluun, yksi haastattelu suoritettiin kahteen kertaan, koska tehtävä aktivoitui saman työpäivän aikana uudelleen. Toinen haastattelukerta suoritettiin puhelimesta.

Asiakkaat olivat ymmärtäväisiä ja suurilta osin aidosti innostuneita, että heidän kokemustaan asiakkaana tutkitaan. Haastateltaviksi soveltuvista tehtävistä vain 3 ei antanut lupaa haastatteluun ja heistä kaikki kertoivat puhelimesta syyksi jaksamattomuuden, joka on vähintäänkin hyvä peruste jättäytyä pois tutkimuksesta, huomioiden että heidän terveydentilassaan on ollut ensihoidon mahdolliseen tarpeeseen johtaneita muutoksia.



Kuva 16. Kokemusmittari (Salonen 2019)

Haastattelun apuna käytettiin viisiportaista kokemuskaarta (kuva 16), tämän perusteella pystyttiin luomaan numeerinen kuva asiakkaan kokemuksesta palvelun kolmessa eri vaiheessa. Lopputuloksena saatiin kokemuspisteytys tehtävän eri vaiheissa, keskiarvona "hälyttäminen/saapuminen" sai 3.4 pistettä, "kohteessa toimiminen" 3.7 pistettä ja "ensihoidon poistuttua" 3.2 pistettä. (kuva 21) Yksi asiakas koki numeraalisen arvioinnin hankalana, eikä halunnut vastata. Haastatteluissa oli huomioitu myös asiakkaat, joiden näkökyky on mahdollisesti heikentynyt, heidän osaltaan varauduin myös

musta- valkoisella kokemuskaarella (liite 5). Kyseiselle mittarille ei tullut tarvetta tämän työn haastatteluissa.

Palvelupolku jaettiin työssä kolmeen eri vaiheeseen (kuva 14).

hälyttämien/saapuminen. Vaihe alkaa siitä, kun asiakas (tai ilmoittaja) aktivoi ensihoitojärjestelmän soittamalla hätänumeroon, ja päättyy siihen, kun ensihoitoyksikkö kohtaa asiakkaan. Kohteessa toimiminen kuvaa aikaa, jossa ensihoitajat ovat asiakkaan luona. Viimeisenä vaiheena on ensihoidon poistuttua, joka on aika ensihoidon poistuttua kohteesta, jatkuen 3 seuraavaa päivään ja asiakkaan kokemaan miten hän tulee mielestään päivät kotona pärjäämään.

7.2.2 Havainnointimenetelmä

Havainnointimenetelmällä saadaan kerättyä tärkeää asiakastietoa siitä, miten kohde oikeasti toimii, ja mitä hän tekee ympäristössään sekä miten ympäristö vaikuttaa tekemiseen. Lisäksi pystytään selvittämään miten ihmiset oikeasti tekevät ja kokevat asioita. Osallistuvassa havainnointimenetelmässä asiakasta havainnoidaan haastattelun aikana. (Juustila 2018, 10-11.) Kvalitatiivisen tutkimuksen pohjana on selvittää asiakkaiden ongelmia, mutta etenkin heidän kokemuksiaan toiminnan laadusta. Menetelmälle on tärkeää, että tieto kerätään avoimia ja joustavia havainnointimenetelmiä käyttäen, näin saatava tieto vastaa mahdollisimman tarkasti ihmisen lähtökohtia ja käsitteitä. (Tuomivaara 2005, 33.)

Asiakastiedon keräämiseen käytettiin myös osallistuvaa havainnointimenetelmää. Havainnoinnin pohjana käytettiin palvelupolkua ja ensihoitotehtävän eri vaiheita. Menetelmä oli mahdollinen koska ensihoitajat eivät tienneet, mitä asiakkaita järjestelmässä tullaan tutkimukseni aikana havainnoimaan ja haastattelemaan. Jos havainnointia olisi suoritettu ensihoitoyksikön mukana tehtävillä, olisi se oletettavasti vaikuttanut asiakkaiden hoitamiseen poikkeuksellisen hyvin, ja kerätty tieto olisi ollut vääristynyttä. Menetelmällä sain luotua kuvaa varsinkin tehtävän lopputuloksesta, ja siitä tuleeko asiakas pärjäämään kotona ensihoidon poistuttua. Menetelmän käyttämisen tiedon hakuun mahdollisti omakohtainen

17vuoden kokemus ensihoitotyöstä, ja sadat asiakaskontaktit työuran ajalta. Sain tärkeää tietoa varsinkin asiakkaan kotona pärjäämistä arvioimalla, sen perusteella asiakkaat mielestään pärjäävät kotona paremmin kuin itse arvioin. Asiakkailla oli liikuntakykyyn ja kotona pärjäämiseen (esimerkiksi lääkkeiden ottamiseen sekä kotiaskareiden hoitoon) liittyviä ongelmia, joiden puolesta kotona pärjäämistä tulisi kyetä paremmin tukemaan. Lisäksi asiakkaille annettujen hoito- ohjeiden noudattaminen on mielestäni selkeä kehitystä tarvitseva kohta.

8. PROFILOINTI

Tutkimustyön lopputuloksena tuotettiin kolme asiakasprofiilia kuvaamaan ensihoitojärjestelmän käyttäjiä, tähän työhön rajattujen ensihoitotehtävien osalta. Haastatteluiden aikana selvisi, että asiakkailla on erilaisia variaatioita palvelutarpeissaan, mielestäni asetelma ilmentää, että asiakkaiden tarpeet poikkeavat ajoittain paljonkin toisistaan.

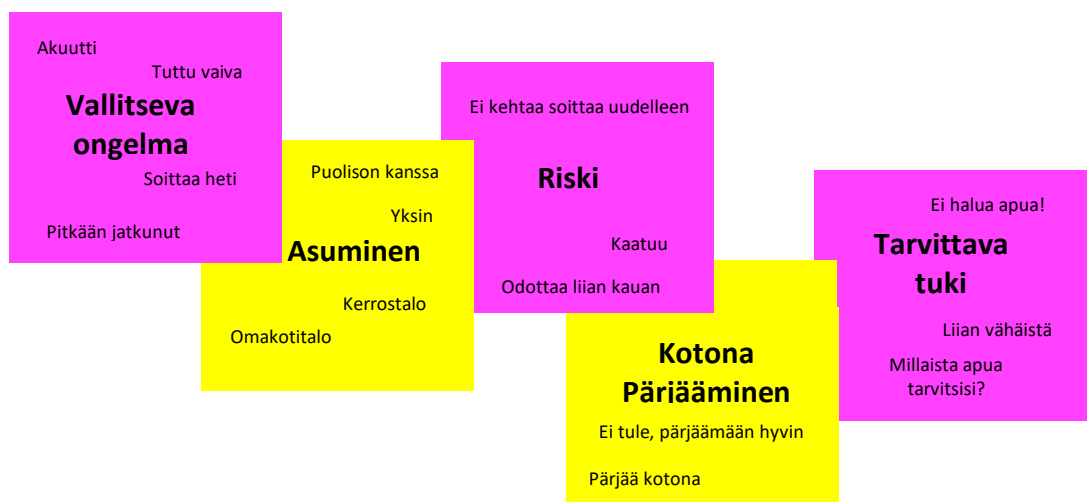
8.1 Samankaltaisuuskaavio

Samankaltaisuuskaavion (Affinity diagram) avulla kyetään jäsentelemään aineistoa kokonaisuuksiksi, menetelmällä voidaan kerätä faktat suurestakin aineistomäärästä. (Juutila 2018,15). Samankaltaisuuskaaviossa tutkimusaineistosta etsitään samankaltaisuuksia, esiin saadut asiat kyetään lajittelemaan ryhmiä sen mukaan millaista asiakokonaisuutta ne edustavat. (Tuulaniemi 2011, 68).



Kuva 17. Samankaltaisuuskaavio

Kuvassa (17) on esitetty työssä käytetty samankaltaisuuskaavio, tiedon pääteemoina käytettiin vallitsevaa ongelmaa, asumista, kotona pärjäämistä, tarvittavaa tukea ja riskejä. Nämä esiintyivät haastattelussa ja havainnoissa selkeimmin, kaikkiin teemoihin pystyin myös tuomaan syvyyttä havainnoimalla. Esimerkiksi haastateltava, joka kertoi haastattelussa pärjäävänsä kotona hyvin. Oma mielipiteeni asiaan oli, että asiakas kyllä pärjää kotona, mutta hän tarvitsisi paljon enemmän tukea, jotta kotona asuminen olisi riittävän turvallista.



Kuva 18. Samankaltaisuuskaaviossa analysoituja teemoja (Salonen 2019)

8.2 Asiakasprofiilit

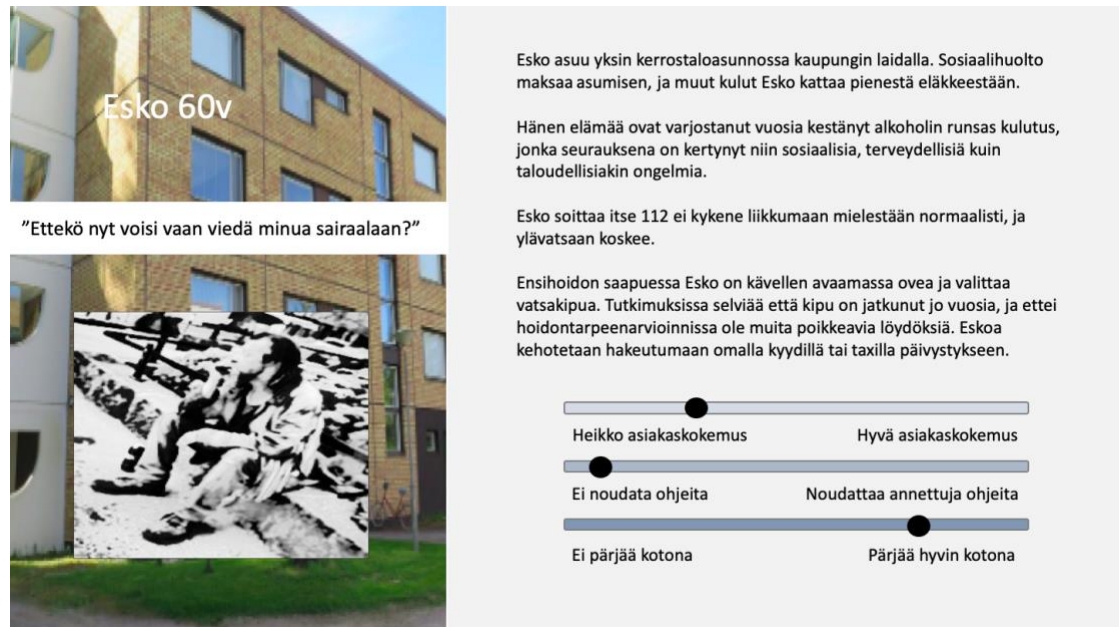
Tutkimustyöhön kerätyn haastattelu- ja havainnointimateriaalin pohjalta koottiin kolme asiakasprofiilia. Kyseiset profiilit esiintyivät materiaalissa, koska useammasta asiakaskontaktista tulevia asioita alkoi kerääntyä teemojen ympärille. Profiilit kuvaavat ensihoidon laaja asiakaskuntaa, ja kaikkiin profiileihin on kerätty asioita useasta eri asiakaskontaktista, lisäksi niissä on huomioitu asiakkaan kokemus, haastattelussa esiin nousseet asiat sekä havainnointini lopputulos. Mielestäni profiilit kuvaavat hyvin, työhön rajattua osaa ensihoidon asiakkaista.



Kuva 19. Asiakasprofiili ”Tuulikki” (Salonen 2019)

Profiili kuvaa ikäihmistä, jolle on kertynyt monenlaisia etenkin terveydellisiä ongelmia, asiakas yrittää pärjätä kotona mutta perussairaudet ja liikuntakyvyn heikkenemä hankaloittaa pärjäämistä runsaasti. Kokonaisuudessaan tilanne heikkenee pikkuhiljaa, ja esimerkiksi unohtuneet lääkeannokset vain pahentavat tilannetta entisestään. Koska asiakkaalla on heikentynyt liikuntakyky, hänellä on kohonnut riski loukkaantumiseen esimerkiksi kaatuen. Ensihoidon toteutettua hoidontarpeenarvio, selviää että käytettävissä olevin menetelmin ei löydy ongelmaa, joka hoitamalla voitaisiin selvittää asiakkaan vallitseva ongelma. Asiakas tarvitsisi mielestäni laajempaa, kokonaisuuden

paremmin huomioivaa ja yksilöidympää tukea ja apua pärjätäkseen turvallisesti kotona.



Kuva 20. Asiakasprofiili "Esko" (Salonen 2019)

Kyseisen profiilin asiakkaila on erittäin laaja ongelmakokonaisuus, se on laajentunut elämän kaikille osa-alueille eikä asiakas myöskään aktiivisesti hae ratkaisuja ongelmiinsa. Kyseiselle ryhmälle on mielestäni hankala suunnitella palveluita, koska asiakas ei kykene tai edes halua ottaa vastuuta omasta terveydestään. Asiakkaat pärjäävät kyllä kotona mutta ongelmien ratkaisu on haastavaa kokonaisuudessaan. Yksi haastatteluun valikoitunut asiakas oli selkeästi päihtynyt, vaikka hänelle oli aiemmin soitettu. Tämä laskee palvelun tuottajan työntekijöiden turvallisuutta ja vähentää mahdollisuuksia hoitaa tehtävä monin erilaisin menetelmin.



Kuva 21. Asiakasprofiili "Päivi" (Salonen 2019)

Profiiliin valikoitui asiakkaita, joilla oli selkeä ja osin jopa hoidettava syy avun hälyttämiseen. Kokonaisuutta kuvaa hyvin se, että profiiliin asiakkaat kykenevät ottamaan paljonkin vastuuta terveydestään, koska esteitä siihen ei ole. Asiakkaat kykenevät myös helposti noudattamaan tarkkojakin hoito-ohjeita, ja toimimaan niiden mukaisesti. Profiili kuvaa asiakkaita, joilla on hoidettava ongelma, esimerkiksi rytmi tai sokeritasapainon häiriö. Ensihoitojärjestelmän hoidettua vallitseva ongelma, jää asiakas tyytyväisenä kotiin, koska on saanut ratkaisun ongelmiin eikä päivystyskäynnille ole tarvetta.

9. JOHTOPÄÄTÖKSET

Vastaavalla tarkkuudella tehtyä tutkimustyötä ei ensihoitojärjestelmän asiakkaista ole käytettävissä, myöskään edes osaltaan sovellettavissa olevaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty. Tutkimustyöni tuotti uutta tarkkaa tietoa, työhön rajattujen asiakkaiden osalta. Työn lopputulos on helposti käytettävissä sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnittelun perustana, ja se soveltuu myös ensihoitopalvelun ulkopuolisten palveluiden kehittämiseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on ensihoidon asiakkaan palvelukokemus nykyisen palvelun käyttäjänä?
2. Millaisia käyttäjäprofileita tunnistetaan kehittämisen tueksi?
3. Kuinka näiden tiettyjen kiireellisyysluokkien palvelua tulisi kehittää?

Asiakkaiden kokeman perusteella asiakaskokemus oli asteikolla 1-5 (keskiarvo 3,4), luku kuvaa mielestäni sitä, että asiakkaat ovat melko tyytyväisiä nykyiseen palveluun. Tulee kuitenkin huomioida, että tutkittavaa kokonaisuutta suurentaessa alkaisi myös poikkeavuuksia todennäköisesti ilmetä enemmän. Kaikki tutkimusryhmään valikoituneet asiakkaat olivat yli 55 vuotiaita, nykymaailmassa kehitys kulkee erittäin nopeasti ja tulevaisuudessa asiakkaat alkavat varmasti vaatimaan myös kunnallisilta organisaatioilta, erilaisia helppoja hoito mahdollisuuksia.

Hälyttäminen/saapuminen vaiheena koettiin eri tavoin. Suurelle osalle asiakkaista avun hälyttäminen soittamalla hätänumeroon oli jo tuttua, eikä aiheuttanut ongelmia tai jännitystä. Toisaalta pelkoa aiheuttaa tiedottomuus siitä, mikä terveydelliseen ongelmaan on johtanut, vaikka vaivat olivatkin pääsääntöisesti kestäneet jo pidemmän aikaa. Ensihoitoyksikön saapuminen tuntui pitkältä, mutta asiakkaat myös ymmärsivät hyvin, että tehtävät hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä. Ensihoitoyksikön saapumiseen asiakkaat olivat saaneet hyvät ohjeet ja esimerkiksi kerrostalon summereiden käyttäminen, tai oven auki jättäminen ei ollut aiheuttanut kenellekään ongelmia.

Kohteessa toimiminen otettiin vastaan erittäin hyvin, kahdeksasta haastateltavasta vain yksi antoi negatiivista palautetta itse tutkimusten tekemisestä ja ensihoitajien muista toimista. Asiakkaiden mielestä heitä kuunneltiin hyvin ja taustat selvitettiin riittävällä tarkkuudella. Pientä

negatiivista sävyä toi useammassa tehtävässä se, että asiakkaalle kerrotut asiat eivät olleet riittävän helposti ymmärrettävissä, ja jäivät hieman epäselviksi. Vaiheessa nousee myös hyvin esiin, että asiakkaat eivät tiedä mitä kaikkea heiltä tutkitaan hoidontarpeenarvioinnissa. Lähes kaikki osaavat kertoa, että verenpaine mitattiin mutta muut tutkimukset eivät selvästikään asiakkaiden mieleen jääneet. Asia varmasti kertoo luottamuksesta, jota asiakas kokee antaessaan ensihoitajan tehdä työdiagnoosin kokonaisuudesta. Haastateltujen asiakkaiden joukossa kukaan ei saanut ensihoidon toimesta lääkkeellistä hoitoa vaivaansa.

Viimeisessä vaiheessa ensihoidon poistuttua selvitin asiakkaan kykyä noudattaa ensihoidon antamia hoito ohjeita, arvioida mahdollisen uuden yhteydenoton tarvetta sekä kotona pärjäämistä. Hoito ohjeita kyettiin kyllä noudattamaan hyvin, mutta suullisesti annetut ohjeet olivat jo lyhyessä ajassa päässeet unohtumaan. Tällöin esimerkiksi seuraavana päivänä tuleva uusi avuntarve todennäköisesti aiheuttaa saman lopputuloksen kuin aiemminkin eli soiton hätänumeroon. Asiakkaat arvioivat, että tarve avun hälyttämiselle uudelleen on pieni. Tämä poikkeaa omasta arviostani, koska pidin todennäköisenä että 50 % haastateltavista ottaisi uudelleen yhteyttä lähipäivinä. Yksi asiakas aktivoi ensihoitojärjestelmän jo saman päivän aikana, asiakas oli arvioinut tarpeensa uuteen yhteydenottoon aiemmin pieneksi.

ASIAKKAIDEN ARVIOT NYKYPALVELUN KOLMESSA ERI VAIHEESSA		
HÄLYTTÄMINEN/SAAPUMINEN	KOhteessa	ENSIHOIDON POISTUTTUA
Keskiarvo asteikolla 1-5 3,4	Keskiarvo asteikolla 1-5 3,7	Keskiarvo asteikolla 1-5 3,2

Kuva 22. Haastateltujen asiakkaiden kokemukset nykypalvelusta (Salonen 2019)

Asiakkaat olivat suurilta osin melko tyytyväisiä tai tyytyväisiä saamansa palveluun. Palvelun eri vaiheissa ei myöskään havaittu suuria eroavaisuuksia

tyytyväisyyden suhteen, vaan asiakkaat olivat melko tasaisesti samaa mieltä palvelusta.

Kokonaisuudessaan ensihoidon asiakasmateriaali on hyvin moninaista, ja hyvin yksityiskohtaisten johtopäätösten tekeminen on haastavaa. Asiakkaan yksittäinen vastaus kysymykseen, tai epäselväksi jäänyt tieto muuttaa hätäkeskuksen riskinarviota erittäin paljon. Tämä aikaansaa tilanteen, jossa koskaan ei päästä täysin optimaaliseen lopputulokseen kaikkien asiakkaiden osalta. Materiaalista kehittyi kolme asiakasprofiilia (kuva 18,19,20), ne kuvaavat mielestäni hyvin haastattelemiani asiakkaita, heidän tarpeitaan ja haasteitaan. Jo näin pienessä tutkimuksessa ilmenee, että asiakkaat kokevat ensihoitopalvelun hyvin erilaisena. Siinä kun toinen haluaa ehdottomasti kyydin sairaalaan, on toinen erittäin tyytyväinen, ettei sairaalaan ei tarvitse lähteä. Asetelma haastaa palveluiden suunnittelijoita sekä järjestäjää, koska kokonaisuus tulisi olla erittäin tarkasti suunniteltu jokaiselta näkökulmalta, vasta sen jälkeen hyvä lopputulos voidaan mielestäni saavuttaa.

Tutkimuksessa aikaansaatuja asiakasprofiilien perusteella palveluiden jatkokehittäminen on mahdollista, koska asiakkaiden kokema ja ongelmat, johon järjestelmän tulisi kyetä vastaamaan on tutkimuksessa käsitellyiltä osilta tiedossa.

Sairaalan ulkopuolisia palveluita tulisi mielestäni kehittää niin, että asiakkaita tuettaisiin ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Toimintamalli vaatisi todella paljon lisää tukea asiakkaille, ja suunnittelussa se tarkoittaisi, että asiakkaan tarpeet pitäisi kyetä huomioimaan selkeästi nykyistä paremmin. Asiakkaille ei mielestäni ole niinkään väliä, miten he avun ongelmaansa saavat, kunhan se on mahdollisimman helppoa ja oikeasti ratkaisee vallitsevan ongelman. Järjestelmän olisi myös pystyttävä kehittymään tilanteista, joissa asiakkaan ongelmaa ei kyetä ensimmäisellä käynnillä ratkaisemaan. Nykyhetkessä resursseja menee erittäin paljon hukkaan koska samanlaiset ongelmat toistuvat, ilman että järjestelmälle kehittyy toimintamalli tilanteen ratkaisemiseksi. Saman ongelman esiintyessä uudelleen nykyjärjestelmässä, johtaa tilanne toistuviin hätäpueluihin ilman että ongelma koskaan ratkeaa.

10. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Kvantitatiivisen tutkimuksen laatua arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti kertoo siitä, mittaako tutkimuksessa käytetty mittari juuri sitä, mitä sen kuuluisi mitata. Validiteetin osalta esitutkimus on erittäin suuressa roolissa, sen avulla voidaan selvittää, ymmärretäänkö mittari oikein, ja onko sen käytettävyys riittävän hyvä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 2006. 207-208.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin mittari mittaa asioita, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Reliabiliteetti jakautuu kolmeen osaan, pysyvyyteen (stability), vastaavuuteen (ekvivalenssi) ja johdonmukaisuuteen (konsistenssi). Mittarin pysyvyyttä arvioidaan sen herkkyydellä, eli kuinka hyvin mittari toimisi, jos sama tutkimusasetelma mitattaisiin uudelleen. Mittarin ekvivalenssilla arvioidaan, kuinka yksimielisesti vastaajat tekevät samoja arvioita samassa asetelmassa. Lisäksi voidaan arvioida vastaajien keskinäisiä eroja vastausten suhteen. Mittarin sisäisen johdonmukaisuuden (internal consistence) avulla, pystytään arvioimaan mittarin eri osioiden kykyä mitata samoja asioita. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 2006. 209-210.)

Tutkimukseen valikoituneet ensihoidon tehtävät tulevat hätäkeskuksen järjestelmistä, eikä tutkija pysty vaikuttamaan riskinarvion lopputulokseen. Kyselytutkimuksessa käytetyt kysymykset testattiin työvuoroni ensihoitajilla ennen käyttöönottoa. Saadun palautteen perusteella kysymysten asettelua muutettiin helpommin ymmärrettäväksi, tarkemman lopputuloksen saavuttamiseksi. Tutkimustukoksena saadut ensihoidon tehtäväkoodit olivat selkeästi edustettuina, jolloin tulosta voidaan pitää hyvänä. Kokonaisuus huomioiden tutkimuksen validiteettia voidaan pitää mielestäni tarkkana.

Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arvioinniksi ei ole yhtä tarkkoja kriteerejä kuin kvantitatiivisessa tutkimusasetelmassa. Validiteettia ja reliabiliteettia voidaan käyttää myös kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen, tällöin tulee muistaa, että laadullisessa menetelmässä lopputulos on aina tutkijan tulkinta tutkimusasetelmasta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 2006, 215.)

Ensihoitajat eivät tiedneet mistä ensihoidon tehtävistä ja milloin haastatteluja suoritetaan. Tällöin asetelmaa, jossa asiakkaita olisi hoidettu poikkeuksellisen hyvin ei päässyt syntymään. Toimintatapa parantaa tutkimuksen luotettavuutta, ja poistaa lopputulokseen vaikuttamisen mahdollisuuden. Haastattelurunko laadittiin noudattelemaan ensihoitotehtävän normaalia etenemää, runko myös testattiin ennen siirtymistä oikeiden asiakkaiden pariin, menetelmällä vähennettiin kysymysten väärin ymmärtämisen mahdollisuutta.

Kokonaisuudessaan pidän tutkimustyön lopputulosta luotettavana, on myös muistettava, että asiakkaat kulkevat monta eri porrasta järjestelmässä ennen päättymistä haastateltavaksi. Kokonaisuudessaan tutkija ei voi itse vaikuttaa kokonaisuuden kehittymiseen millään muulla tavalla, kuin johdonmukaisella tutkimusasetelmalla.

11. POHDINTA

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveystalveluiden suunnittelu pohjautuu mielestäni suurilta osin palveluntuottajan näkökulmaan. Asiakastietoa kyllä kerätään palveluiden kehittämisen tueksi, mutta menetelmät ovat sellaisia, joilla ei päästä riittävän yksilölliseen lopputulokseen. Esimerkkinä asiakkaille toteutettavat lomakekyselyt, jotka toimivat ainoastaan asiakkaille, joiden toimintakyky on riittävän hyvä. Esimerkiksi tässä työssä mukana olleista asiakkaista, vain hyvin pieni osa olisi kyennyt edes joiltain osin vastaamaan riittävän tarkasti kyselyyn. Palveluiden suunnittelu jakautuu pinnallisen tiedon vuoksi huonosti, järjestetyt palvelut eivät ratkaise asiakkaan ongelmaa, ja resursseja menee paljon hukkaan. Asetelmassa myös palveluun järjestettävien lisäresurssien teho on heikko, koska ne lisäävät vain palvelun määrää eivätkä laatua.

Tutkimustyön tekemisen aloitin teoriataustan selvittämisellä. Hyvin nopeasti kävi selväksi, että tietoa on paljon saatavilla, mutta sen hyödynnettävyys tässä työssä on erittäin heikko. Tieto oli liian pinnallista näin tarkkojen johtopäätösten tekemiseksi, ja siksi siitä ei ollut juurikaan hyötyä tämän työn

tekemisessä. Ensihoitojärjestelmiin liittyen ei löytynyt yhtään työtä, jossa asiakkaan tarpeita käsitellään riittävällä tarkkuudella.

Ensihoitojärjestelmän kuvaukseen olen tyytyväinen, se kuvaa tarkasti järjestelmän erityispiirteitä niiltä osin kuin tämän työn tekemiseksi tarvitaan. Osuudessa myös korostuu oma järjestelmätuntemukseni, se näkyy moni ulottuneisuutena ja eri näkökulmia huomioivana kokonaisuutena. Itselle vieraampi muotoilualan teoria on tiiviimpi ja suoraviivaisempi. Teoriaosuudet ovat toki hieman eri painossa, mutta molemmat osa-alueet kuvaavat kuitenkin käyttäjäkeskeistä kehittämisprosessia. Systemaattisempi teorian tulkintamalli olisi tuottanut varmasti paremman tasapainon osien välille.

Sosiaali-ja terveydenhuoltoalan lupakäytännöt ovat erittäin tarkkoja. Tutkimuslupaprosessi, jossa haettiin lupaa oikeiden ensihoidon asiakkaiden haastattelemiseksi, vaati tarkat perustelut. Perustelin erittäin tarkasti, miksi kyseiset menetelmät ovat ainoat, joilla saadaan koostettua riittävän tarkka kuva halutuista asiakaista. Mielestäni riittävän tarkkaa asiakastietoa ei ollut kerättävissä millään muilla menetelmillä, ja tällä perustelulla sain luvan reunaehdoin haastatella asiakkaitamme tutkimukseen rajatuista segmenteistä. Tarkennuksissa sovittiin, ettei asiakastietoa kerätä työn missään osissa eli asiakkaat ovat tutkimustyössä täysin anonyymeja. Työssä ei myöskään kerätty asiakkaiden ikätietoa, kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat ikäihmisiä, ja tämä tarkkuus riittää hyvin johtopäätösten tekemiseen. Rajatulla luvalla sain mielestäni riittävän tarkan lopputuloksen eikä annettu raja heikentänyt tutkimuksen lopputulosta. Asiakkaista otettiin heidän kirjallisella suostumuksellaan valokuvia visualisoinnin elävöittämiseksi. Kaikki lopputuloksessa käytetyt valokuvat ovat joko sellaisia mistä asiakasta ei voi tunnistaa tai apuna on käytetty eri yhteyksissä otettuja kuvituskuvia. Myös näissä kuvissa esiintyviltä on lupa kuvien käyttöön.

Työnantajallani oli kova tahtotila pilotoida yhden hengen ensihoitoyksikön toimintaa alueellamme, koska siitä on Suomessa hyvin toimivia esimerkkejä. Selvitin ettei työni koske kyseisen toimintamallin kehitystä alueellemme, vaan uuden asiakastiedon keräämistä mallilla, jota ei ensihoidossa ole ennen

käytetty. Tutkimustyöni tekemisen aikana toimintamallia kokeiltiin alueellamme, ja toistaiseksi se ei ole käytännössä Kymenlaaksossa.

Tutkimuksen eteneminen onnistui mielestäni hyvin, ja kyselytutkimuksen käyttäminen työn haastatteluiden kohdentamisessa onnistui, ja se tuotti tärkeää informaatiota järjestelmästä. Kyselytutkimus toteutettiin ensihoitajien kesälomakaudella, ja se huomioiden vastausmäärät olivat riittävän hyvät (n35), tutkimustulosten yleistettävyydeksi. Tutkimukseen valikoituneet tehtävät olivat selkeästi edustettuina, joten lopputulosta voidaan pitää riittävän validina. Ennen kyselytutkimusta lähettämistä testasin tutkimusosan oman työvuoroni ensihoitajilla, muokkasin kyselytutkimusta palautteen perusteella, mikä poisti väärin ymmärtämisen riskiä. Tämän ansiosta sain kyselytutkimuksella juuri sen tiedon, jonka tarvitsin johtopäätösten tekemiseksi.

Kyselytutkimuksen avulla kohdennettiin haastattelut juuri niihin asiakkaisiin, joissa ensihoitajat kokevat pääsevänsä heikkoon kokonaisongelman ratkaisevaan lopputulokseen. Osuus oli lopputuloksen kannalta erittäin tärkeä, koska muuten olisi haastateltu asiakkaita, joiden hoidossa päästään jo nykyisin menetelmin hyvään lopputulokseen. Toimintamallilla pystyttiin nostamaan esiin myös asiakkaat, joiden hoitoon olisi tärkeää pystyä vaikuttamaan. Vaikka lopputuloksessa yksi profiileista koskee asiakkaita, jotka ovat hyvin tyytyväisiä nykyiseen palveluun ja kokevat saavansa ratkaisun ongelmaansa, on sen nostaminen näkyväksi tärkeää. Kyseisen profiilin asiakkaille on helpoin järjestää palveluita nykyisestä paljonkin poikkeavin menetelmin, kunhan kokonaisuus on laadukkaasti suunniteltu.

Haastatteluiden tekeminen vaati työnantajalta työpanokseni siirtämisen operatiivisesta toiminnasta tutkimukseen. Tämä oli välttämätöntä, koska siviilihenkilönä en olisi voinut mennä ihmisten koteihin. Lisäksi tarvitsin reaaliaikaisen kenttäjohtajärjestelmän sekä viranomaisradion, haastatteluiden aikaisen työturvallisuuden varmistamiseksi. Haastatteluiden tekemiseksi asiakkaille tuli selvittää hyvin tarkasti, mitä ja miksi ollaan tutkimassa ennen haastatteluluvan saamista. Haastatteluiden tekeminen oli mukavaa ja minulle luontaista, asiakkaat olivat ymmärtäviäisiä ja jopa aidosti innostuneita, että heidän kokemustaan asiakkaana tutkitaan. Haastateltaviksi soveltuvista

tehtävistä vain kolme ei antanut lupaa haastatteluun. Heistä kaikki kertoivat puhelimesta syyksi jaksamattomuuden, joka on vähintäänkin hyvä peruste jättäytyä pois tutkimuksesta. Tilanteessa tulee huomioida, että heidän terveydentilassaan on ollut ensihoidon hälyttämiseen johtaneita muutoksia.

Tutkimustyön aikana olin paljon tekemisissä loppuasiakkaiden kanssa, saadun tiedon ja aiemmin alalla kokemani perusteella, asiakkaalle ei niinkään vaikuta millä menetelmällä hän palvelunsa saa, mutta sen tulee olla riittävän helposti ja laadukkaasti toteutettua sekä ratkaista itse ongelma. Ajatusmalli antaa suunnittelun näkökulmasta positiivista viettä, koska asiakkaat ottavat uudenlaiset mallit pääsääntöisesti positiivisena kehityksenä. Se miten mahdollisimman moneen eri ongelmaan löytyisi oikeasti ratkaiseva lopputulos, vaatii tulevaisuudessa suuren panostuksen palveluiden järjestäjältä.

Tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset olivat lähellä omaa ajatusta nykymenetelmistä, nykyjärjestelmä kyllä huomioi asiakkaan erityispiirteitä, mutta eivät riittävällä tarkkuudella. Tarkka asiakkaan huomioiminen antaisi mahdollisuuden suunnitella palveluita, joissa asiakas ottaisi paljon nykyistä enemmän vastuuta omasta terveydestään. Haastatellut asiakkaat arvioivat palvelua janalla palvelupolun eri vaiheissa, mutta mielestäni osa vastasi hieman paremman arvion, koska sitä oltiin heidän kotonaan hakemassa. Eräskin asiakas kertoi, haluavansa että saan hyvän tuloksen tutkimukselle, selvitin että on tärkeää vastata juuri hänen mielestään oikea vaihtoehto.

Koska nykyiset järjestelmät on muodostettu pitkälti tuottajan näkökulmasta, jää asiakaskokemus hyvin merkityksettömäksi. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palvelu kokonaisuudet hyötyisivät suuresti prosessien purkamisesta, kehittämisestä ja uudelleen yhteen liittämistä niin että kaikkien osapuolten näkemykset huomioitaisiin tasapuolisesti. Kokonaisuuksissa olisi myös erittäin paljon asioita, jotka asiakkaat voisivat hoitaa itsenäisesti, jos järjestelmä kykenisi tukemaan toimintaa paremmin asiakkaan näkökulmasta. Kyseinen malli myös hillitsisi järjestelmän kustannuksia, koska oikeanlaisia resursseja kyettäisiin kohdentamaan palvelun kriittisiin pisteisiin juuri silloin kun tarvetta niille olisi.

Työssä käytetyt lähteet ovat asiantuntijoiden kirjoittamia ja niitä voidaan pitää luotettavina. Myös lehtiartikkeleiden osalta tieto on erittäin luotettavaa, nettilähteiden alkuperän olisi voinut tarkistaa osittain tarkemmin ja käyttää alkuperäiskirjoittajan teosta. Toisaalta tiesin itse asian ja kykenin toimimaan asiantuntijana, ja erottamaan faktatiedon. Ensihoitajille tehty kyselytutkimuskaavake (liite 2) testattiin neljällä ensihoitajalla ennen sen lähettämistä kaikkien tutkimukseen osallistuvien vastattavaksi. Tämä nostaa työn validiteettia, koska kysymyksissä esiintyneet epäselvyydet kyettiin korjaamaan ennen tutkimuksen jatkamista. Ennen haastatteluiden aloittamista tehtiin yksi testihaastattelu, joka antoi tietoa haastattelun etenemisestä. Haastattelukaavakkeeseen en tehnyt muutoksia tämän jälkeen, mutta sain varmuutta haastattelun suorittamiseen sekä kysymysten asetteluun.

Koska muita näin tarkasti asiakaskokemusta huomioivaa töitä ei ole ensihoidon asiakkaista tehty, tulosta on sellaisenaan haastavaa verrata aiempaan tutkimustietoon. Kirjallisuudesta esiintyvä kokonaisuus terveydenhuollon asiakashallinnan haasteista sekä resurssien lisätarpeesta, on selkeästi nähtävissä myös tämän työn lopputuloksessa.

Työlle oli selkeä tarve koska näin tarkkaa tietoa ei ollut ennen käytettävissä. Se myös lisää asiakaskokemuksen huomioivan tiedon tunnettavuutta, tämä lisää pitkällä aikavälillä asiakkaiden huomioon ottamista, ja toivottavasti auttaa pääsemään parempiin lopputuloksiin palveluita suunnitellessa. Prosessin voi mielestäni helposti kopioida asiakkaiden tiedon ja kokemusten keräämiseen, niin ensihoidossa kuin myös muissa terveydenhuollon järjestelmissä.

Työn tekeminen selkeytti minulle kokonaisuuksien hallintaa ja selvensi palveluprosessia, jonka jouduin purkamaan pieniksi osiksi suunnittelutyön eri vaiheissa. Ymmärsin kuinka moniulotteisia ja hankalasti lähestyttäviä näin suuret kokonaisuudet ovat, ja mitä suuren kokonaisuuden hallitseminen vaatii. Mielestäni vain kaikista näkökulmista asiaa katsomalla voidaan tulevaisuudessa päästä kaikkia osapuolia tyydyttävään lopputulokseen.

Mukava on myös huomata, että asioiden moniulotteinen ajatustapa alkaa kiteytyä itselle. Ei siis ole oikeaa tai väärää tapaa tuottaa asioita, kunhan ne huomioivat asiakkaat oikeasti riittävän hyvin.

LÄHTEET

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. Nummela: Painokiila.

Ahvenainen, P., Gylling, J. & Leino, S. 2017. Viiden tähden asiakaskokemus. Helsinki: Helsingin kamari.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Alanen P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2017. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki :Sanoma Pro.

Asetus ensihoitopalvelusta. 2016 Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585#Pidp447252352> (Viitattu 25.10.2019).

Gastren, M., Kurola, J., Lund, V. & Silfast, T. 2004. Ensihoito-opas. Jyväskylä: Gummerus.

Hellman, K. & Värilä, S. Arvokas asiakas. 2009. Hämeenlinna: Karisto.

Hätäkeskuslaitos. 2019. Saatavissa https://www.112.fi/hatakeskusuudistus/uusi_tietojarjestelma (Viitattu 1.4.2019).

Hätönen, V. 2018. Päivystysapu 116/117- Ohjausta ja neuvontaa puhelimen ja digi -palvelujen avulla. <https://alueuudistus.fi/paivystysapu-116117> (Viitattu 23.4.2019).

Miettinen, S. & Koivisto, M. 2009. Designing services with innovative methods. Otava: Finland.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY

Juustila, L. 2018. Palvelumuotoilun suunnitteluprosessi ja metodit. Luentomateriaali. Saatavilla <https://slideplayer.fi/slide/15198739/> (Viitattu 3.10.2019)

Kananen, J. 2008. Kvali-Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Helsinki: Otava.

Koskela, A. & Rehula, J. 2017. Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 1 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170156> (Viitattu 10.9.2018)

Kuntaliitto. 2019. Saatavilla <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoito> (Viitattu 10.9.2019).

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2018. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuusisto, J. 2017. Jatkuva parantaminen. Saatavilla <https://www.lean5.fi/jatkuva-parantaminen/> (Viitattu 3.10.2019)

Kymsote. 2019. Saatavilla <https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta> (Viitattu 10.2.2019)

Lahelma, J. 2019. Sairaalarereformin vaikutus ensihoitopalveluiden saatavuuteen. Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/169141/Lahelma_Joonas.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Viitattu 10.12.2019)

Loikas, P. & Wall, J. 2017. Ensihoitopalvelun palvelutaso, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri.

Miettinen, S. 2014. Muotoiluajattelu. Helsinki: Teknova.

Nemlander, A. & Koivuranta, P. 2016. Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/selvitys-sairaanhoitopiirien-ensihoidosta-vuonna-2016> (Viitattu 21.9.2018).

Palviainen, J-E. & Länsivuori, K. 2016. Systole 5/2016. Helsinki: Libris.

Pfannstiel, M. A. & Rasche, C. 2019. Service design and service thinking in healthcare and hospital management. Springer International Publishing AG.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: Sanoma Pro.

Routio, P. 2007. Kyselevät tutkimustavat.

Saatavilla <http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/064.htm> (Viitattu 10.10.2018).

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Terveystieteidenlaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P40> (Viitattu 18.12.2018).

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja Kvalitatiivinen tutkimus. Saatavilla <https://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf> (Viitattu 1.4.2019).

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2014. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap_2016_67.pdf (Viitattu 23.4.2019).

Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2016. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap_2016_67.pdf (Viitattu 10.1.2019).

Vilka, H. 2015. Tutki- ja kehitä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

KUVALUETTELO

- Kuva 1. Opinnäytetyön käsitekartta, Salonen 2019
- Kuva 2. Opinnäytetyön viitekehys, Salonen 2019
- Kuva 3. Valvira, 2014
- Kuva 4. Salonen, 2019
- Kuva 5. Häätäkeskuslaitos, 2019
- Kuva 6. Häätäkeskuslaitos, 2019
- Kuva 7. STM Asetus ensihoitopalvelusta, 2016
- Kuva 8. Ensihoidon X-koodit, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019
- Kuva 9. Toteutuneet ensihoidon tehtävät 6 kuukauden ajalta, Valvira 2014
- Kuva 10. Työhön rajatut ensihoidon tehtävät, 2019
- Kuva 11. Esimerkki palvelumuotoiluprosessista, Ahonen 2017
- Kuva 12. Arvon muodostumisen pyramidi, Tuulaniemi 2011
- Kuva 13. Palvelutuokio, Salonen 2019
- Kuva 14. Palvelupolku, Salonen Jussi 2019
- Kuva 15. Asiakashaastatteluiden sijainnit kartalla
- Kuva 16. Kokemusmittari, Salonen 2019
- Kuva 17. Samankaltaisuuskaavio, 2019
- Kuva 18. Samankaltaisuuskaaviossa analysoituja teemoja, Salonen 2019
- Kuva 19. Asiakasprofiili "Tuulikki"
- Kuva 20. Asiakasprofiili "Esko"
- Kuva 21. Asiakasprofiili "Päivi"
- Kuva 22. Haastateltujen asiakkaiden kokemukset nykypalvelusta

Ensihoidon tehtäväluokat

Tehtäväluokat

KOODI	KUVAUS
X-0	Ajoeste/Tekninen este
X-1	Vainaja
X-2	Polisi vie
X-3	Muu apu
X-4	Muu kuljetus
X-5	Ei tarvetta
X-6	Ei suostu
X-7	Ei potilasta
X-8	Holdettu kohteessa
X-9	Peruutus
0xx	Pahoinpitely
012	Joukkosurma
031	Ampuminen
032	Puukotus
033	Potkiminen, hakkaaminen
034	Tekotapa epäselvä
2xx	Liikenneonnettomuus
200	Muu tai onnettomuuden uhka
202	Pieni. Tielikenne
203	Keskisuuri. Tielikenne
204	Suuri. Tielikenne
206	Maan alla, pieni. Tielikenne
207	Maan alla, keskisuuri. Tielikenne
208	Maan alla, suuri. Tielikenne
210	Muu. Raideliikenne
212	Pieni. Raideliikenne
213	Keskisuuri. Raideliikenne
214	Suuri. Raideliikenne
216	Maan alla, pieni. Raideliikenne
217	Maan alla, keskisuuri. Raideliikenne
218	Maan alla, suuri. Raideliikenne
222	Keskisuuri. Vesiliikenne
223	Suuri. Vesiliikenne
231	Onnettomuus: pieni. Ilmalikenne
232	Onnettomuus: keskisuuri. Ilmalikenne
233	Onnettomuus: suuri. Ilmalikenne
234	Vaara: pieni. Ilmalikenne
235	Vaara: keskisuuri. Ilmalikenne
236	Vaara: suuri. Ilmalikenne
271	Maastoliikenneonnettomuus
70x	Peruselintoiminnan häiriö
700	Eloton
701	Elvytys
702	Tajuttomuus
703	Hengitysvaikeus
704	Rintakipu
705	Rytmihäiriö
706	Alvoverenkierron häiriö
707	Potilassiirto
71x	Hapenpuute
711	Hengitystie-este
713	Hirttyminen, kuristuminen
714	Hukuksien joutuminen
74x	Vamma; Muu mekaaninen
741	Putoaminen
744	Haava
745	Kaatuminen
746	Isku
747	Vamma: Muu

KOODI	KUVAUS
75x	Onnettomuus
751	Kaasumyrkytys
752	Myrkytys
753	Sähköisku
754	Palovamma
755	Yllämpöisyys
756	Paleltuminen, allämpöisyys
76x	Verenvuoto
761	Suusta
762	Gyn./urol.
763	Korva/nenä
764	Säärihaava/muu
77x	Sairaus; Liittyy löydös
770	Sairauskohtaus
771	Sokeritasapainon häiriö
772	Kouristelu
773	Yliherkkyyssreaktio
774	Muu sairastuminen
775	Oksentelu, ripuli
78x	Sairaus; ilmenee oireena
781	Vatsakipu
782	Pää/niskäsärky
783	Selkä/lonkkakipu
784	Raajakipu
785	Mielenterveysongelma
786	Vartalokipu
79x	Sairaankuljetustehtävä
790	Hälytys puhelun aikana
791	Synnytys
796	Monipotilastilanne, suuronn.
4xx	PELASTUS
401	Rakennuspalo; Pieni
402	Rakennuspalo; Keskisuuri
403	Rakennuspalo; Suuri
411	Liikennevälinepalo; Pieni
412	Liikennevälinepalo; Keskisuuri
413	Liikennevälinepalo; Suuri
441	Räjähdytys / sortuma; Pieni
442	Räjähdytys / sortuma; Keskisuuri
443	Räjähdytys / sortuma; Suuri
451	Vaarallisen aineen onnettomuus; Pieni
452	Vaarallisen aineen onnettomuus; Keskisuuri
453	Vaarallisen aineen onnettomuus; Suuri
455	Vaarallisen aineen onnettomuus; vaara
480	Ihmisen pelastaminen; Muu
481	Ihmisen pelastaminen; Etsintä
482	Ihmisen pelastaminen; Avunanto
483	Ihmisen pelastaminen; Vedestä
484	Ihmisen pelastaminen; Pintapelastus
485	Ihmisen pelastaminen; Maastosta
486	Ihmisen pelastaminen; Puristuksista
487	Ihmisen pelastaminen; ylhäältä/Alhaalta

Kyselytutkimus Kymenlaakson ensihoitajille

1. Kuvittele itsesi C tai D kiireellisyyden ensihoitotehtävälle, jossa olette työparisi kanssa tehneet tarkennetun tilanarvion, jonka perusteella päädytte X-4/X-5/X-8 ratkaisuun.

Missä seuraavissa ensihoidon tehtäväkoodeissa mielestäsi päästään heikoiten asiakkaan kokonaisongelman ratkaisevaan lopputulokseen?

Valitse seuraavista vaihtoehdoista 5 koodia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 703 Hengitysvaikeus | <input type="checkbox"/> 771 Sokeritasapainon häiriö |
| <input type="checkbox"/> 704 Rintakipu | <input type="checkbox"/> 772 Kouristus |
| <input type="checkbox"/> 705 Rytmihäiriö | <input type="checkbox"/> 773 Yliherkkyyssreaktio |
| <input type="checkbox"/> 706 Aivoverenkierron häiriö | <input type="checkbox"/> 774 Sairastuminen/muu |
| <input type="checkbox"/> 745 Kaatuminen | <input type="checkbox"/> 775 Oksentelu/ripulointi |
| <input type="checkbox"/> 753 Palovamma | <input type="checkbox"/> 781 Vatsakipu |
| <input type="checkbox"/> 755 Ylilämpöisyys | <input type="checkbox"/> 782 Pää/niskakipu |
| <input type="checkbox"/> 756 Paleltuminen/alilämpöisyys | <input type="checkbox"/> 783 Selkä/lonkkakipu |
| <input type="checkbox"/> 761 Verenvuoto/suusta | <input type="checkbox"/> 784 Raajakipu |
| <input type="checkbox"/> 762 Verenvuoto/gynekologinen/urologinen | |
| <input type="checkbox"/> 763 Verenvuoto/korva/nenä | |
| <input type="checkbox"/> 764 Verenvuoto/säärihaava/muu | |

2. Miten seuraavat menetelmät asteikolla 1-4 (1=erittäin vähän, 2=melko vähän, 3=melko paljon, 4=erittäin paljon, (en osaa sanoa)) vaikuttaisivat mielestäsi asiakkaan kokonaisongelman ratkaisevan X-päätöksen toteutumiseen?

	1	2	3	4	en osaa sanoa
Ajanvarausjärjestelmään pääsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kohteessa käytetyn ajan lisääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultaatiopalvelun laatu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilastietojärjestelmään pääsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videokonsultaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vierianalytiikan saatavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peruslääkevalikoiman lisääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaation tuki reklamaatiotilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strukturoitujen jatkohoidto-ohjeiden saatavuus (esim:organisaation kommootioseuranta ohje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Tuleeko edellisen kysymyksen pohjalta mieleesi muita menetelmiä/tekijöitä, jotka vaikuttavat X- päätöksen toteutumiseen?

350 merkkiä jäljellä

SUOSTUMUS HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Haastateltavan nimi

Tutkimus

Ensihoidon C- ja D kiireellisyiden tehtävien asiakasymmärrys
Kymenlaakso. Tutkimuksessa haastatellaan asiakkaita valituista
ensihoidon tehtäväluokista, joissa ensihoitajat kokevat
nykymenetelmät riittämättömiksi.

Haastateltavat

Ensihoitopalvelun asiakkaita valikoiduista asiakasryhmistä

Haastattelija

Ensihoidon kenttäjohtaja Jussi Salonen

Annan suostumukseni

1. Olen vapaaehtoisesti suostunut tutkimukseen.
2. Ymmärrän että voin milloin tahansa vetäytyä tutkimuksesta
3. Ymmärrän että tutkimuksen tekijällä on pääsy antamiini
tietoihin vain, jos he ovat sitoutuneet tiedon luottamukselliseen
käsittelyyn
4. Ymmärrän että voin milloin tahansa vetäytyä tutkimuksesta
5. Ymmärrän että tutkimuksen tekijä kerää haastattelusta
aineistoa. Haastattelu tallennetaan ja analysoidaan.
6. Tulos julkaistaan raportoinalla ja esittelemällä.
7. Haastateltavien anonymiteetti taataan tutkimuksessa.

Jussi Salonen
Ensihoidon kenttäjohtaja
jussi.salonen@kymsote.fi

Kuvaaminen

Suostumus kuvaamiseen ja annan käyttää materiaalia tutkimustyön visuaalisoinnissa.

Annan luvan kuvaamiseen ☐

En anna lupaa kuvaamiseen ☐

Allekirjoitukset

Osallistuja

Nimenselvennys

Allekirjoitus

Haastattelija

Nimenselvennys

Allekirjoitus

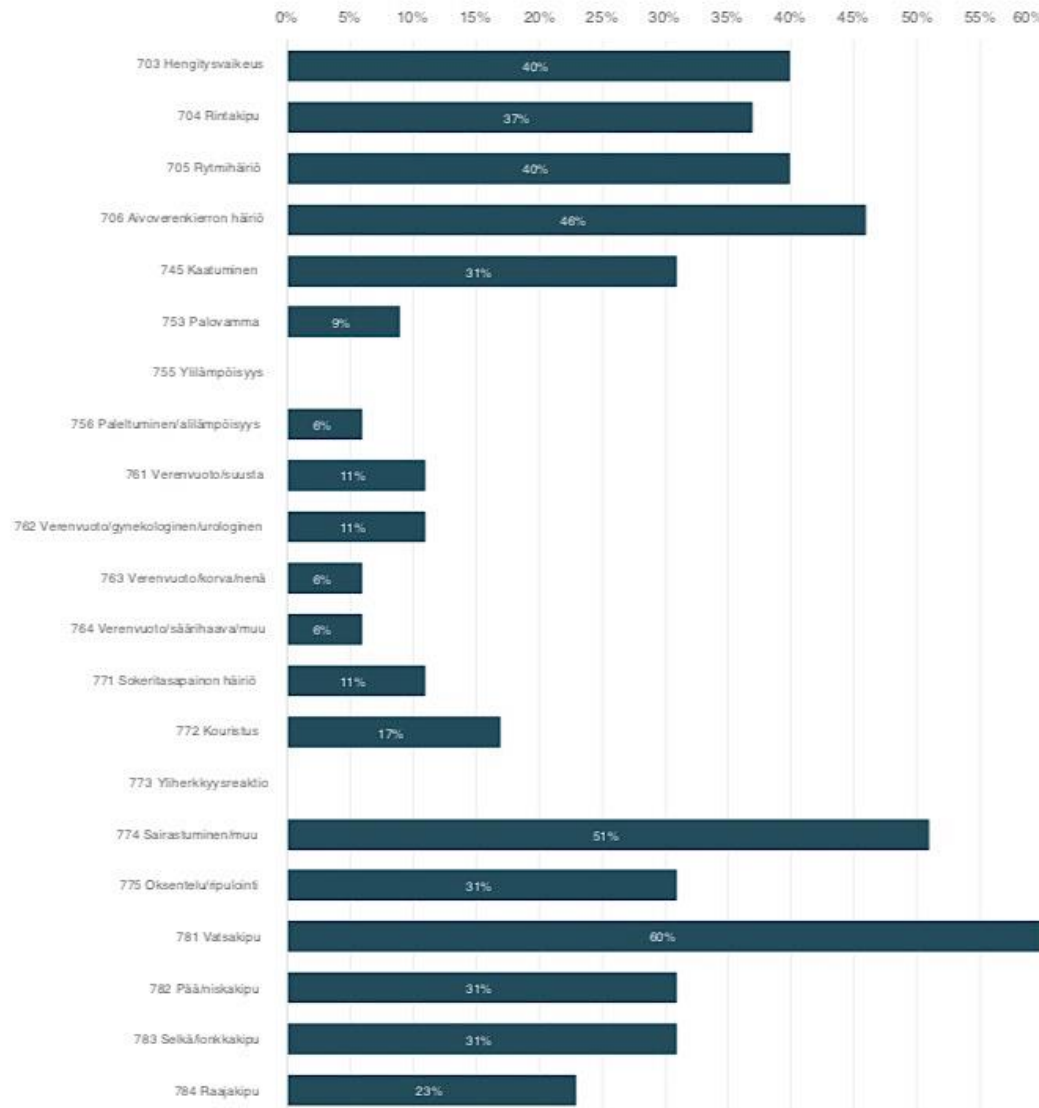
Perusraportti

Kyselytutkimus Kymenlaakson ensihoitajille

Vastaajien kokonaismäärä: 35

1. Kuvittele itsesi C tai D kiireellisyyden ensihoitotehtävälle, jossa olette työparisi kanssa tehneet tarkennetun tilanarvion, jonka perusteella päädytte X-4/X-5/X-8 ratkaisuun. Missä seuraavissa ensihoidon tehtäväkoodeissa mielestäsi päästään heikoiten asiakkaan kokonaisongelman ratkaisevaan lopputulokseen? Valitse seuraavista vaihtoehtoista 5 koodia.

Vastaajien määrä: 35 , valittujen vastausten lukumäärä: 175



Kokemuskaari asiakkaan kokemuksen numeraaliseen arvioimiseen haastattelun aikana. Mustavalkoinen versio oli varalla, jos haastateltavan näkökyky olisi ollut heikentynyt niin, ettei hän olisi kyennyt näkemään värillistä kokemuskaarta.

